

ANNÉE 1931

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée par SIMON ROSTIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 12 Juin 1905, à GALATZ (Roumanie)

DIAGNOSTIC D'ORIGINE DES FISTULES ET ABCÈS TUBERCULEUX DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE

Président : M. LENORMANT

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE
PARIS

—
1931

**DIAGNOSTIC D'ORIGINE
DES FISTULES ET ABCÈS FROIDS TUBERCULEUX
DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE**

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée par SIMON ROSTIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 12 Juin 1905, à GALATZ (Roumanie)

DIAGNOSTIC D'ORIGINE DES FISTULES ET ABCÈS TUBERCULEUX DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE

Président : M. LENORMANT

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE

PARIS

—
1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNEO
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMAND.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
LAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
UBERTIN	Pathologie médicale.
ENARD (Henri)	Pathologie médicale.
INET	Physiologie.
LANCHETIERE	Chimie biologique.
ROCO	Pathologie chirurgicale.
RULE	Pathologie médicale.
ADENAT	Pathologie chirurgicale.
ATHALA	Pathologie médicale.
HABROL	Pathologie médicale.
HEVALLIER	Pathologie médicale.
E GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
OGNON	Physique.
ONZELOT	Pathologie médicale.
CALLE	Obstétrique.
EY	Urologie.
ARNIER	Pathologie expérimentale.
ASTINEL	Bactériologie.
ATELLIER	Pathologie chirurgicale.
IROUD	Histologie.
ARVIER	Pathologie médicale.
OVELACQUE	Anatomie.
UTINEL	Pathologie médicale.
DANNON	Hygiène.
OYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Otho-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER Fernand.	Pharmacologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
USQUET	Pharmacologie.
ENIOT	Obstétrique.
EQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE A TITRE PERMANENT

MM.	
GLLAVE	Clinique chirurgicale.
UVRAY	Clinique chirurgicale.
HEVASSU	Clinique chirurgicale.
GNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
E LORIER	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
AUCLAIRE, professeur sans chaire agrégé	
REY	
HAILLEY-BERT	
EDOUX-LEBARD	
EIL-HALLÉ	

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Somatologie.
Education physique.
Radiologie clinique.
Puériculture.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE.

*Qu'ils trouvent ici le témoignage
de ma profonde reconnaissance.*

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT,
Professeur de Pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Officier de l'Instruction Publique
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de no-
tre thèse.*

*Nous le prions de trouver ici l'ex-
pression de notre vive gratitude.*

A MON MAITRE,

Monsieur le Docteur E. SORREL
Chirurgien de l'Hôpital Trousseau
Ancien Chirurgien en Chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire — Croix de Guerre

*Qui nous confia les fonctions d'in-
terne dans son service et, par son
enseignement lumineux, nous don-
na des notions claires et précises sur
la tuberculose osseuse.*

A MON MAITRE,

Monsieur le Docteur André RICHARD
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien en Chef de l'Hôpital maritime de Berck-Plage
Croix de Guerre

*Qui fût toujours pour nous un
maître bienveillant et avisé.*

A Monsieur le Docteur BOQUIER

Chirurgien assistant de l'Hôpital maritime annexe de Berck-Plage

*Qui nous aida de sa grande expérience
et fut toujours pour nous un
guide averti.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de
notre respectueuse affection.*

A Messieurs les Docteurs ANDRIEU, DELAHAYE, MOZER et PARIN

Chirurgiens et Médecins assistants de l'Hôpital Maritime
de Berck-Plage

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

Stages :

Professeur WIDAL (in mémoriam) ;

Professeur LEJARS ;

Professeur LEMIERRE ;

Docteur LAUNAY ;

Docteur LESNÉ ;

Professeur Agrégé HARVIER.

Externat :

Docteur René BÉNARD ;

Docteur CATHALA ;

Professeur J.-L. FAURE.

En fonction d'interne :

Docteur E. SORREL ;

Docteur A. RICHARD.

GÉNÉRALITÉS

Notre maître, le Docteur E. Sorrel, a toujours attiré notre attention sur des malades porteurs d'abcès ou fistules de la région trochantérienne qui, en réalité, n'avaient aucune lésion du grand trochanter, mais dont l'abcès était la traduction clinique, parfois la seule, d'une ostéo-arthrite vertébrale, mal de Pott lombaire, lombo-sacré ou sacré en général, d'une sacro-coxalgie ou d'une ostéite juxta-articulaire de la hanche quelquefois et, exceptionnellement, d'une bursite ou d'un abcès du tissu cellulaire sous-cutané de la région.

Nous avons été frappés nous-mêmes, pendant notre séjour à l'Hôpital maritime et en consultant les dossiers des dix dernières années, du fait qu'un grand nombre de malades, dirigés sur Berck avec le diagnostic de tuberculose du grand trochanter, étaient atteints, le plus souvent, d'une lésion bacillaire qui ne tirait pas son origine de cette tubérosité.

Sans nier l'existence de l'atteinte tuberculeuse primitive du grand trochanter — d'ailleurs, nous avons consacré un chapitre de notre travail à cette question — nous voulons surtout attirer l'attention sur des lésions simulant la trochantérite, mais n'ayant de commun avec elle que le siège de l'abcès.

L'étude du diagnostic d'origine des abcès froids de la région trochantérienne est importante au double point de vue : pronostic et thérapeutique.

Les trochantérites tuberculeuses

C'est l'ostéite tuberculeuse du massif trochantérien, lésion limitée au grand trochanter, ayant l'os comme point d'origine.

Les vraies trochantérites sont rares, tout au moins dans les statistiques de Berck. En effet, sur 4.000 enfants environ atteints de tuberculose ostéo-articulaire, et sortis de l'hôpital maritime dans les dix dernières années, il n'y eut que 5 chez qui on avait trouvé une vraie trochantérite à l'origine de leurs abcès. Donc, *une trochantérite sur 800 autres localisations tuberculeuses.*

Chez l'adulte, la proportion est de 1 pour 250, car sur 2.000 tuberculeux osseux soignés à l'hôpital maritime annexe, nous avons relevé 8 vraies trochantérites.

Il résulte de ces chiffres qu'on a soigné en moyenne une trochantérite par an à l'hôpital Maritime et à son annexe, ce qui, en rapport avec les autres affections tuberculeuses ostéo-articulaires, est vraiment minime.

Il y eut d'autres malades envoyés à Berck avec le diagnostic de trochantérite et soignés comme tels, mais chez eux l'atteinte du grand trochanter ne fut jamais confirmée. Parfois, au contraire, on a été amené à infirmer le diagnostic, par l'apparition de signes cliniques ostéo-articulaires au niveau de la colonne vertébrale, ou au cours d'un examen radiographique ou lipiodolé.

On comprend facilement la rareté des lésions trochantériennes en pensant que les trochantérites vraies n'existent pas chez l'enfant jusqu'à l'âge de 7 ou 8 ans, car le point d'ossification du grand trochanter n'apparaît que tardivement, vers 5 ans et, de ce fait, il y a un nombre considérable d'abcès dont l'origine trochantérienne est à éliminer *ipso facto*.

Elles sont rares chez l'adolescent et l'adulte.

Il existe deux variétés de trochantérites :

1° Trochantérites primitives ;

2° Trochantérites secondaires.

1° Il s'agit ici de la véritable trochantérite tuberculeuse.

Comment se présente-t-elle ?

D'après les quelques observations que nous avons réunies, il résulte que, le plus souvent, le premier signe en date est l'apparition insidieuse d'un abcès (observations II, III et IV). C'est un abcès froid, situé au niveau de la région externe de la cuisse, à l'union de son tiers moyen et de son tiers supérieur, soit au niveau du trochanter lui-même, recouvrant complètement sa face externe, soit près des bords antérieur ou postérieur de l'os.

Il subit l'évolution de tous les abcès froids tuberculeux. Il fistulise fréquemment au bout d'un certain temps (six mois environ).

La région est le plus souvent indolore spontanément.

La pression au niveau de l'os peut déterminer une douleur, toujours très supportable. Il ne s'agit pas là d'un signe de grande valeur, car la paroi et surtout les limites périphériques de l'abcès sont quelquefois douloureuses en un point quelconque.

La palpation différentielle avec le côté sain montrerait une augmentation de volume du grand trochanter due à la réaction osseuse (observation II).

Il peut exister en même temps une gêne fonctionnelle légère et un certain degré de limitation des mouvements, car ces ostéites provoquent souvent de la contracture réflexe, ainsi qu'une sorte de « gêne mécanique par mise des muscles en tension » (A. Broca). La difficulté de l'hyperextension est habituelle.

Il y a donc gêne de l'extension et tendance à l'attitude du membre en légère flexion (observation III).

Ces signes sont aussi ceux de l'arthrite coxo-fémorale au début et, si la douleur gagne un peu vers l'article,

on conçoit facilement les erreurs de diagnostic qu'on serait tenté de commettre.

Pas d'adénopathie au début. Elle est d'apparition plus tardive que dans la coxalgie. Une légère circulation collatérale à la période de pré-abcès n'est pas rare.

En cas de fistule, l'exploration du trajet au stylet peut aider au diagnostic.

La radio sera un précieux auxiliaire. Elle montrerait une décalcification et un flou au niveau du grand trochanter, qui paraît beaucoup plus gros que celui du côté opposé.

C'est la première phase de l'évolution d'une trochanterite, celle de « spina ».

La deuxième phase est caractérisée par l'apparition d'une caverne avec ou sans sequestre. A ce moment, l'ossification est tellement avancée que le trochanter se soude à l'os plus vite que du côté sain.

Il est important d'avoir une bonne radiographie, correctement prise. Le membre doit être placé dans la rectitude, le gros orteil regardant directement en haut. Le rayon normal doit passer au niveau de la partie externe du col du fémur.

L'examen radiographique, après injection de lipiodol dans l'abcès ou dans la fistule, fournit dans un très grand nombre de cas de précieux renseignements.

Telle est dans sa forme la plus typique la trochanterite tuberculeuse primitive, mais il faut bien savoir qu'en pratique les cas sont nombreux où le diagnostic de trochanterite est beaucoup plus malaisé et ceci tient :

- 1° A la difficulté de préciser nettement la douleur ;
- 2° Aux signes fréquents pseudo-articulaires ;
- 3° A la défaillance de la radiographie qui pêche :

a) Le plus souvent par excès, car l'on sait qu'une radiographie de profil ou de trois-quarts donne des aspects qui ressemblent beaucoup à ceux d'une coque osseuse de caverne. Leur multiplicité est d'ailleurs un élément qui doit rendre très douteux le diagnostic.

Cet aspect radiographique résulte du fait que le trochanter est un os surajouté au fémur. L'apparence d'atrophie osseuse peut être due à l'ombre de l'abcès.

b) Quelquefois aussi par défaut : des petites cavernes centrales sont invisibles fréquemment sur le cliché.

On conçoit donc facilement, dans les cas douteux, les raisons des nombreuses hésitations.

Aussi doit-on, en pratique courante, avant de poser une indication opératoire, faire un examen clinique complet qui dépassera de beaucoup la région trochantérienne et répéter les radiographies avec et sans lipiodol.

Si, après avoir éliminé tous les autres diagnostics, celui de trochantérite semble le vrai, l'intervention chirurgicale devient le traitement de choix.

L'opération consiste dans la trépanation de l'os, avec évidemment large et complet de la caverne.

On ne doit pas l'entreprendre avant que la lésion ait « vieilli », que cette coque osseuse, qui montre que les lésions sont nettement limitées, soit formée.

S'il n'y a pas de fistule, fermer par première intention ; sinon, laisser ouvert et attendre la cicatrisation venant de la profondeur.

Le pronostic de l'intervention est excellent, la guérison habituelle, à telle enseigne qu'une récurrence de l'abcès invite souvent à reformer le diagnostic primitif et à penser à l'éventualité d'une trochantérite secondaire, post-opératoire.

2° *Trochantérites secondaires.* — Cette trochantérite secondaire est la conséquence d'une inoculation du massif osseux, soit au cours de la migration d'un abcès venu de loin, soit au cours d'une intervention chirurgicale portant sur le trochanter d'un malade présentant une « fausse trochantérite ». En effet, le trochanter étant incriminé, on a voulu à tout prix atteindre l'os ; celui-ci a été ouvert et l'inoculation du massif s'est produite secondairement (observation IV).

OBSERVATION I

Ch..... Firmin, âgé de 24 ans, entre à l'hôpital maritime annexe le 16 mai 1925.

Diagnostic d'envoi : trochantérite droite.

Diagnostic définitif : trochantérite droite.

Le début de l'affection remonte en avril 1923 par des douleurs légères dans le membre inférieur droit. Le malade n'y prête pas attention.

En novembre 1924, apparition insidieuse d'un abcès de la face externe de la cuisse à la hauteur de la région trochantérienne.

Ponctionné en décembre 1924. On fait le diagnostic de trochantérite ; et on procède au grattage de l'os (18 décembre 1924).

Fistulisation de la plaie opératoire.

A son arrivée à Berck, l'examen montre l'existence d'une fistule située à la face antéro-externe de la cuisse droite. La région est très peu douloureuse. La hanche est libre, la colonne vertébrale souple. Aucun signe clinique ou radiologique en faveur d'une lésion possible de la colonne lombo-sacrée. Le stylet introduit dans la fistule se dirige vers le trochanter, mais n'arrive pas à l'os.

La radiographie de la région trochantérienne montre des lésions importantes du trochanter.

En premier lieu, l'image de grattage de l'os, et en même temps une large caverne sans sequestre, située à la partie centrale de l'os.

Le lipiodol injecté dans la fistule reste au niveau de la région trochantérienne.

Le 18 novembre 1925, on intervient : on procède au curettage et à l'évidement de toute la partie centrale du trochanter. On constate que la caverne est limitée par une coque osseuse. Curettage des fistules. Tamponnement.

Cicatrisation complète en juillet 1926.

Le malade présentait, en outre, une ostéite apophysaire tibiale antérieure, ainsi qu'un spina ventosa du 5^e orteil gauche.

L'intervention pour ces deux dernières affections eut lieu en même temps que celle au niveau du trochanter.

Le malade quitte l'hôpital en octobre 1927, complètement guéri.

OBSERVATION II

Br.. Marie-Eugénie, âgée de 26 ans, entre à l'hôpital maritime annexe le 19 septembre 1925.

Diagnostic d'envoi : trochantérite bacillaire droite.

Diagnostic définitif : trochantérite bacillaire droite.

Le début de l'affection remonte à 1922, quand la malade s'est aperçue de l'apparition insidieuse d'une collection située à la face supéro-externe de la cuisse droite. Douleurs minimales.

Incisé en février 1922, l'abcès n'a pas tardé de fistuliser..

A son arrivée à Berck, l'examen de la malade montre une cicatrice d'intervention située à la hauteur du trochanter droit. Trois petites fistules, donnant peu, au niveau de la cicatrice. Le trochanter, douloureux à la pression, est épaissi. La malade se plaint de douleurs dans la région trochantérienne au moment de la marche. Il existe quelques ganglions inguinaux et un ganglion rétro-crural. Tous les mouvements de la hanche sont libres. Rien non plus au niveau de la colonne vertébrale.

Les radiographies du rachis montrent des vertèbres et des disques absolument normaux. Le lipiodol ne dépasse pas la région trochantérienne.

Les radiographies du trochanter semblent montrer des sequestres à la partie externe de l'os.

Intervention le 11 mai 1926. Toute la partie externe du trochanter est séquestrée. Il est facile de l'extirper. Réunion sans drainage.

17 juin 1926. Une petite fistule à la partie supérieure de l'incision donne un peu de liquide clair, jaunâtre.

Cicatrisation complète un mois après.

La malade quitte Berck, le 13 septembre 1926, guérie.

OBSERVATION III

C... Albert, 38 ans, entre à l'hôpital maritime annexe le 14 avril 1926.

Diagnostic d'envoi : trochantérite bacillaire droite avec abcès froid.

Diagnostic définitif : trochantérite bacillaire droite.

Le début de la maladie remonte à juillet 1925 par l'apparition insidieuse d'un abcès de la région trochantérienne droite. Commence à boîter légèrement quelques temps après. Douleur à la marche.

L'abcès a été ponctionné plusieurs fois. Fistulisation.

A l'examen du malade, on note : une fistule située à l'union du $\frac{1}{3}$ moyen et $\frac{1}{3}$ supérieur de la face externe de la cuisse droite, suppurant assez abondamment. Douleurs à la pression du trochanter droit. Empâtement de la cuisse avec légère circulation collatérale.

L'atrophie musculaire est minime. Présence de ganglions inguinaux et rétro-cruraux.

Les mouvements de la hanche sont légèrement limités, surtout l'extension et l'adduction.

L'examen radiographique montre que l'articulation coxo-fémorale est parfaitement saine. La colonne lombo-sacrée et le bassin sont intacts.

Le lipiodol injecté dans la fistule reste au niveau de la région trochantérienne. La radiographie de cette région montre l'existence d'une caverne intéressant le trochanter et la jonction du col et la diaphyse fémorale.

Août 1926 : la fistule donne très peu.

Le 17 septembre 1926, intervention. Curettage du trochanter.

Tissu très épaissi par places, décalcifié à d'autres. Pas de séquestres. Evidemment large de la caverne. Pansement à plat.

OBSERVATION IV

P.... Marcel, âgé de 21 ans, entre à l'hôpital maritime annexe le 12 mai 1926.

Diagnostic d'envoi : trochantérite bacillaire droite fistulisée.

Diagnostic définitif : trochantérite secondaire.

Le malade a été soigné à Berck en 1918 pour un mal de Pott dorsal. Immobile pendant huit mois, il a repris ensuite la marche avec un corset. N'a pas eu d'abcès. De 1920 à 1924 mène la vie normale.

Vers la fin de 1924, apparition d'un abcès de la région trochantérienne droite. Aucune douleur.

Opéré au niveau du trochanter en mars 1925. Apparition de deux fistules en novembre 1925.

A son arrivée à Berck, l'examen du malade montre une longue cicatrice opératoire allant du trochanter au tiers moyen de la face externe de la cuisse droite. Les deux fistules suppurent légèrement.

Tous les mouvements de la hanche sont libres. On constate, au niveau de la colonne vertébrale une gibbosité dorsale inférieure, signature du mal de Pott ancien. Les radiographies du rachis comparées à celles de 1918, montrent que les lésions qui intéressaient D8, D9 et D10, atteignent à l'heure actuelle les 11° et 12° dorsales.

D'ailleurs la gibbosité semble s'être notablement accentuée depuis.

La radiographie de la colonne lombo-sacrée ne montre aucune lésion de cette partie du rachis.

Le malade est couché sur un petit lit de Berck.

En novembre 1926, la suppuration de la fistule trochantérienne persiste.

L'exploration au stylet montre un trajet sous-cutané de 4-5 cm. à direction antérieure et transversale.

L'injection du lipiodol est impossible. La sonde butte sur un sequestre et le lipiodol ressort immédiatement.

La radiographie du trochanter ne montre que l'image du grattage de l'os.

Intervention le 21 décembre 1926.

Débridement de la fistule qui conduit sur un sequestre détaché de la face interne du trochanter. Il ne semble pas s'agir d'ostéite primitive du trochanter et l'impression est bien celle que l'on a lorsqu'on examine le malade. L'abcès est probablement d'origine vertébrale et serait venu secondairement s'étaler dans la région trochantérienne. Le trajet ne peut pas actuellement être cathétérisé.

Tamponnement. Cicatrisation de la plaie opératoire.

Le malade part sur sa demande en avril 1927.

OBSERVATION V

P... Marie-Anne, âgée de 11 ans, entre à l'hôpital maritime en avril 1926.

Diagnostic d'envoi : ostéite fistuleuse du fémur droit.

Diagnostic définitif : trochantérite droite.

Le début de la maladie remonte à 1923, par des douleurs dans la hanche. Légère claudication. Très peu de temps après, apparition d'un abcès de la face externe de la cuisse, à la hauteur de la région trochantérienne. Cet abcès fut incisé au bout de quelques mois. Fistulisation.

A l'entrée, on note une suppuration assez abondante par la cicatrice opératoire. Présence d'adénopathie rétro-crurale. Le stylet bute sur un point osseux qui semble dénudé.

La hanche est libre, la colonne vertébrale ne présente aucun signe clinique ou radiographique de lésions ostéo-articulaire.

La radiographie du trochanter montre une décalcification marquée par rapport au côté opposé.

Intervention sur le trochanter le 14 juin 1927 : on procède au débridement de la fistule et au curettage de l'os.

Deux mois après, la suppuration est tarie.

La malade quitte l'hôpital en août 1928 complètement guérie.

Symptomatologie commune aux abcès de la région trochantérienne

Nous reprendrons ici ce que nous avons dit au début de notre thèse :

« Des collections tuberculeuses peuvent venir s'étaler au niveau de la région trochantérienne, sans avoir un rapport quelconque avec le grand trochanter et relevant surtout d'une ostéo-arthrite vertébrale, mal de Pott lombaire, lombo-sacré ou sacré, quelquefois d'une sacro-coxalgie, ou d'ostéites juxta-articulaires de la hanche, exceptionnellement des bourses séreuses de la région ou de l'inoculation du tissu cellulaire sous-cutané. »

Bien que d'origine très différente, ces abcès ont une symptomatologie commune.

Au début, le malade accuse quelques douleurs au niveau de la face externe de la cuisse, une certaine sensation de gêne plutôt qu'une vraie douleur. Elles peuvent être localisées en un point quelconque, présentant parfois des irradiations ascendantes vers la hanche, ou descendantes, vers le genou.

Il n'est pas rare de voir ces douleurs localisées, être associées à des syndromes douloureux à type de névralgie sciatique, de douleurs en ceinture ou encore à forme de pseudo-splanchnalgie inférieure de l'abdomen.

Un ou plusieurs de ces syndromes douloureux d'association feraient attirer l'attention d'un observateur averti, vers la colonne vertébrale, point d'origine le plus fréquent de ces « fausses trochantérites ».

Un autre signe de début, mais rare, est la claudication, toujours minime.

Le plus souvent, les symptômes de début passent

inaperçus et le malade vient consulter en pleine « période d'état ».

A ce moment, les douleurs locales, si elles ont existé, se sont atténuées, la claudication de même. Un signe attire l'attention et domine la symptomatologie : *l'abcès*.

Petit d'abord, il augmente peu à peu de volume, jusqu'à couvrir toute la région trochantérienne et même la dépasser.

Il présente tous les caractères d'un abcès froid tuberculeux en tous points semblable à celui de la trochantérite, déjà étudiée. Son évolution sera la même : soit vers la fistulisation le plus souvent — celle-ci sera spontanée ou après des ponctions répétées — soit, plus rarement, vers la résorption.

En présence de ces symptômes rappelant ceux de la trochantérite, il est une règle absolue de rechercher, par tous les moyens cliniques et radiologiques, la cause réelle de l'abcès et d'établir de la façon la plus précise le diagnostic d'origine.

L'étude séparée des diagnostics nous a paru nécessaire afin de mieux mettre en évidence les signes propres à chacun des facteurs étiologiques, pour ne pas faire la faute de prendre pour une trochantérite ce qui, en réalité, n'est qu'un symptôme d'une lésion plus éloignée et, souvent, plus grave.

Les abcès froids d'origine rachidienne

L'immense majorité des abcès froids de la région trochantérienne est constituée par des collections qui ont le rachis pour point d'origine.

Si les maux de Pott dorso-lombaire ou lombaire supérieur peuvent donner naissance à des abcès qui fuseraient au niveau du trochanter, c'est surtout le mal de Pott de la cinquième vertèbre lombaire, le mal de Pott lombo-sacré ou une ostéite du sacrum, qui forment le point de départ habituel de ces collections tuberculeuses.

Comment arrivent-elles à la région trochantérienne ?

Un abcès développé au niveau de la face antérieure du corps de la cinquième vertèbre lombaire ou de la colonne lombo-sacrée peut trouver une issue vers l'extérieur à travers le triangle de J.-L. Petit, point faible inférieur de la paroi abdominale postérieure, et se traduire par l'apparition d'un abcès au-dessus de la crête iliaque postérieure ou dans la région inter-ilio-vertébrale. C'est une éventualité assez rarement observée.

Plus souvent, la collection emprunte la gaine du psoas, et son développement constitue un abcès de la fosse iliaque. Cet abcès peut suivre le tendon du psoas (sans devenir perceptible à la palpation profonde de la paroi abdominale) jusqu'à sa terminaison, traverser le plan des adducteurs et, fusant à travers la fesse, contourner le fémur et arriver à la face externe de la cuisse (Ménard). (Observations VI, XVII, XVIII.)

C'est la première voie empruntée par un abcès d'origine rachidienne pour se faire jour au niveau de la région trochantérienne.

Les foyers vertébraux lombaires avec grand décollement, avec prise de la charnière lombo-sacrée, se prolongent sur la face antérieure du sacrum qui est dénudée et donnent naissance à des abcès pelviens.

Ceux-ci peuvent traverser le plancher du petit bassin et venir faire saillie en arrière ou sur les côtés de l'orifice anal, où ils sont pris parfois pour des abcès de la marge de l'anus.

Le plus souvent, l'abcès sort du petit bassin par la grande échancrure sciatique, suivant la voie du pyramidal, chemine sous les fessiers, gagne en arrière la région trochantérienne et devient ainsi perceptible à la face externe de la cuisse (Ménard). (Observations VIII, X, XI, XIV, XV, XVI, XIX, XXI.)

C'est la deuxième voie suivie par un abcès vertébral pour arriver au niveau du grand trochanter.

Ces deux voies, surtout la seconde, qui est la voie normale, sont fréquemment empruntées par les abcès d'origine rachidienne lombo-sacrée spécialement, pour se faire jour.

En présence d'un abcès de la région trochantérienne, il est donc de toute nécessité d'orienter le diagnostic vers la colonne vertébrale et de chercher, surtout sur le rachis inférieur, le foyer d'origine de la collection.

Chez l'enfant, le diagnostic est bien plus aisé que chez l'adulte, car, chez lui, avant l'apparition de l'abcès, il y a souvent d'autres signes fonctionnels, physiques et radiographiques qui ont fait orienter le diagnostic vers la colonne vertébrale.

Chez l'enfant, l'abcès n'est qu'un signe tardif d'évolution apparu bien après d'autres, qui ont suffi à eux seuls de localiser avec précision le foyer d'origine. (Observations VI, VII.)

Sur 850 maux de Pott de l'enfant, nous avons trouvé 17 abcès de la région trochantérienne. Dans peu de cas, il y eut erreur de diagnostic. Dans un cas, le diagnostic fut difficile. (Observation VIII.)

L'abcès de la région trochantérienne d'origine sacrée chez l'enfant est exceptionnel. Nous avons trouvé un seul cas dans les statistiques des dix dernières années. (Observation XIX.)

De toute autre façon se présente la question chez l'adulte. Sur 750 maux de Pott de l'adulte, 300 environ présentaient un mal de Pott lombaire ou lombo-sacré ; 58 avaient un abcès de la région trochantérienne. De ces 58 abcès, 38 furent envoyés avec le diagnostic de trochantérite et 9 avec celui de coxalgie.

Le diagnostic a été souvent infirmé à leur entrée dans le service. Parfois ces malades ont été suivis un nombre assez long d'années et, pendant ce temps, des signes d'ostéo-arthrite vertébrale étant devenus évidents, on a rattaché à leur véritable cause les abcès de la région trochantérienne.

Car, chez l'adulte, les signes fonctionnels, physiques et même radiographiques au niveau du rachis apparaissent très tardivement.

S'il y a des maux de Pott de la cinquième lombaire ou lombo-sacrés qui ont un début et une évolution assez nette pour se rapprocher de la forme classique, il existe au contraire des lésions qui débudent et peuvent évoluer pendant très longtemps — des années même — d'une façon extrêmement insidieuse. Et, si on arrive souvent, par des examens attentifs et répétés, à dépister d'emblée la lésion vertébrale, il n'est pas rare, au contraire, que l'abcès soit le premier signe perceptible, le premier symptôme évident.

Puisque nous savons déjà qu'un abcès d'origine rachidienne fuse souvent au niveau de la région trochantérienne, en présence d'un abcès de la face externe de la cuisse, tout naturellement, nous devons penser qu'il puisse s'agir là d'une manifestation initiale, apparente seulement, d'une lésion pré-existante du rachis, que ce soit un mal de Pott lombaire ou lombo-sacré, ou bien encore, une ostéite du sacrum.

Quelle sera donc la conduite à suivre ?

Rechercher la lésion vertébrale.

Un mal de Pott dorso-lombaire ou lombaire supérieur peut faire apparaître un abcès au niveau de la région trochantérienne quand il s'accompagne d'un grand décollement para-vertébral et para-sacré, l'abcès filant par la grande échancrure sciatique, en arrière du fémur.

Les maux de Pott dorso-lombaire ou lombaire supérieur présentent souvent une symptomatologie assez nette autant cliniquement : point osseux douloureux fixe, le même au cours de plusieurs examens espacés, rigidité de la colonne vertébrale, contracture musculaire, légère cyphose, ainsi que radiographiquement : pincement des disques intervertébraux, destruction osseuse.

Il est exceptionnel qu'ils aient une évolution insidieuse et, de ce fait, le diagnostic est généralement facile et l'origine de l'abcès de la région trochantérienne facilement découverte.

Ce n'est pas du tout la même chose s'il s'agit d'un Mal de Pott de la cinquième lombaire ou d'un Pott lombo-sacré.

Leur début et, souvent, leur évolution sont extrêmement insidieux, les signes cliniques et radiographiques très peu nets. L'abcès est généralement leur premier signe. (Obs. IX, X, XII, XV, XIX, XX, XXI.)

Pourtant c'est à ce niveau qu'il faut rechercher et qu'on trouvera, dans la grande majorité des cas, le foyer d'origine de l'abcès de la région trochantérienne.

Normalement, l'apophyse épineuse de la 5^e lombaire est enfoncée dans une fossette, appelée fossette de la 5^e lombaire. Lorsqu'il y a lésion tuberculeuse de cette vertèbre, il se produit un recul de l'apophyse épineuse et, de ce fait, la fossette est comblée. (Obs. IX, XIV, XX, XXI.)

Les doigts ne s'enfoncent plus à ce niveau, mais au contraire ils sentent une résistance, un plan dur se con-

tinuant en bas avec le sacrum, en haut avec la iv^e lombaire.

C'est un signe de grande importance, mais combien difficile à trouver chez des individus à pannicule adipeux développé.

Rechercher la mobilité et la souplesse de la colonne vertébrale ? Mais elle est minime à cet endroit et, de ce fait, la contracture musculaire de défense est à peu près nulle.

L'étude des antécédents douloureux est nécessaire pour aider à éclairer le diagnostic.

Alors que chez l'enfant la douleur est peu accentuée, chez l'adulte elle est extrêmement fréquente. Ce symptôme peut exister des mois et des années avant l'apparition de tout autre signe.

On peut en décrire trois variétés :

1^o *Douleurs localisées à un segment vertébral.*

Leur principal caractère est de survenir par crises, brusquement, en éclair. La marche, la fatigue, un mouvement brusque, un éternuement, la toux, l'action de se retourner dans le lit, les réveille parfois, après un silence de plusieurs mois. Elles se produisent aussi la nuit, pendant le relâchement de la contracture musculaire de vigilance.

Fait essentiel : ces douleurs sont calmées par le repos au lit.

2^o *Douleurs à forme pseudo-névralgique.*

Souvent, pendant longtemps, les malades se plaignent de douleurs dans les flancs, qu'on a étiqueté de « lumbago », ou dans les membres inférieurs, attribuées à une « névralgie sciatique », à tel point que, tout lumbago chronique, toute sciatique rebelle de l'adulte doivent être tenus pour suspects et faire penser à un mal de Pott.

Ces névralgies sont diffuses. Elles ne suivent pas exactement le trajet du tronc nerveux et, caractère très important, elles sont souvent bilatérales, fulgurantes. En outre, des zones de paresthésie (engourdissements, four-

millements) accompagnent ces phénomènes douloureux.

3° Douleurs à forme de *pseudo-splanchnalgie abdominale inférieure*.

En effet, les maux de Pott lombaires ou lombo-sacrés provoquent parfois des syndromes douloureux, pouvant faire croire à un calcul de l'uretère, à une cystite ou, chez la femme, à une affection des organes génitaux.

Il est donc de toute nécessité de bien connaître ces différentes variétés de douleurs pour dépister un Mal de Pott latent et évoluant d'une façon tout à fait insidieuse, pour éviter les nombreuses erreurs de diagnostic.

La recherche des réflexes, exagérés le plus souvent, en cas de lésion vertébrale, présente un grand intérêt.

Mais ce n'est que la radiographie qui pourra trancher le diagnostic — et encore — car l'étude de la cinquième vertèbre lombaire est particulièrement ardue du fait qu'elle présente souvent des anomalies de forme, des anomalies de position et de rapports avec la vertèbre sus-jacente et surtout avec le sacrum, compliquant l'interprétation et pouvant ainsi guider vers un diagnostic erroné.

La radio doit être faite de face et de profil. (Ne pas oublier de donner un lavement évacuateur et de vider la vessie avant de procéder à l'examen radiographique.)

Le malade est couché sur le dos, la tête et les épaules soulevées par un coussin ; la plaque est glissée sous la région sacro-iliaque, les cuisses sont fortement fléchies et écartées sur le ventre, afin de supprimer autant que possible la lordose lombaire. L'ampoule est centrée sur le milieu de la ligne joignant les deux épines iliaques antéro-supérieures, puis, légèrement décalée vers le bas et inclinée de façon que le rayon principal soit perpendiculaire à la face antérieure du corps de la 5^e lombaire. Ce rayon fait avec le cliché un angle variant de 40° à 60°.

Pour la radiographie de profil, le sujet est dans le décubitus latéral, « en chien de fusil », les cuisses fléchies

sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses, attitude destinée encore à corriger l'ensellure lombaire. Lorsque le sujet est en position correcte, c'est-à-dire que la ligne joignant le milieu des crêtes iliaques tombe perpendiculairement au cliché, on centrera sur la crête iliaque, à une dizaine de centimètres en avant de l'extrémité postérieure des apophyses épineuses.

Le rayon tombe perpendiculairement au cliché.

Une radiographie de profil, faite le malade étant debout et centrée de façon que le rayon principal tombe sur le disque lombo-sacré, pourra montrer des rapports plus exacts de la v^e lombaire et de la première pièce sacrée et l'image radiographique se rapprochera davantage de la réalité.

L'épreuve de profil donne à la région lombo-sacrée les renseignements les plus utiles, ainsi d'ailleurs qu'à tous les étages de la colonne vertébrale.

Cependant, l'épreuve de face n'est pas à dédaigner, à condition que, correctement prise, elle permette de se rendre compte de l'état du corps de la v^e lombaire et de celui de la première pièce sacrée et, surtout, du disque lombo-sacré.

L'image radiographique de l'arc de la v^e lombaire, dont l'axe d'inclinaison anatomique est différent de celui du corps, doit être obtenue sur un autre cliché. La déformation, sans cela, serait prise pour un pincement du disque ou un tassement vertébral.

L'aspect radiographique d'un Mal de Pott lombo-sacré est différent chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant, le sacrum est vertical, le centre de gravité du corps passe par le milieu du sacrum. Aussi le pincement sera uniforme et total.

L'articulation lombo-sacrée se comporte comme un disque intervertébral lombaire ordinaire et le mal de Pott va se présenter sous son aspect habituel.

A la première période, il y aura tout simplement un

tassement de l'interligne et, de ce fait, un pincement du disque.

A la deuxième période, on observera des altérations de la v^e lombaire et du sacrum, surtout de la vertèbre lombaire, consistant en un écrasement vertébral, décalcification au maximum et disparition du disque.

Enfin, à la dernière période, si les lésions n'ont pas envahi le disque inter-somatique de L IV L V et la iv^e vertèbre lombaire, on notera la persistance d'un moignon vertébral cunéiforme, mais peu saillant, qui s'accole au sacrum. A ce moment, il se produit souvent un écartement antérieur des disques lombaires, compensateur de la déformation pathologique et témoin de la fin de l'évolution.

Chez l'adulte, au contraire, l'aspect radiographique normal de la région lombo-sacrée est particulier.

Le sacrum, surtout chez la femme, est très incliné. Il existe une lordose lombaire plus ou moins marquée. Le corps de la v^e lombaire a un peu perdu de son caractère lombaire, avec sa hauteur égale en avant et en arrière. Il s'est adapté à son rôle de vertèbre de passage.

Devenu plus bas en arrière, il cesse d'être cuboïde pour devenir cunéiforme. Le disque lombo-sacré est plus haut en avant qu'en arrière. L'angle qu'il forme est de 20° environ sur le sujet couché, de 35° debout.

En cas de lésion lombo-sacrée, la ligne de transmission du poids du corps et, par conséquent, de la contracture réflexe des muscles des gouttières, passe plus en arrière que chez l'enfant, intéressant le bord postérieur de la vertèbre. Le tassement sera donc postérieur au début.

Le premier signe radiographique du mal de Pott lombo-sacré est, en effet, sur le cliché de profil, le pincement inégal du disque, à prédominance postérieure. Il tend à devenir un triangle à base antérieure et peut se maintenir ainsi pendant toute la durée de la maladie. (Obs. XIV, XX.)

Dans la forme habituellement la plus fréquente, *centro-somatique*, ayant pour origine la v^e lombaire, plus rarement le sacrum, la radiographie de profil montre, au début, et nous insistons à nouveau sur ce point particulier : *une déformation triangulaire, à base antérieure, du disque lombo-sacré.*

Peut-être la densité des travées osseuses est-elle moindre, le flou para-vertébral un peu marqué. Ce sont là des signes accessoires dont on ne peut tenir compte pour faire le diagnostic si le pincement inégal n'existe pas.

Des épreuves de face, celle des corps vertébraux montre un pincement du disque. Cependant, si le pincement postérieur est très accusé et l'angle très ouvert les radios de face sont négatives, car elles ne donnent que l'image du rebord antérieur.

L'épreuve des arcs vertébraux indique un léger rapprochement de l'apophyse de la v^e lombaire de celle de la iv^e.

Encore faut-il, comme nous l'avons dit plus haut, que cette radiographie soit correctement centrée.

A la période d'état, la radiographie de profil peut continuer à montrer un disque triangulaire à base antérieure et à sommet postérieur (obs. XIV, XX), mais, le plus souvent, le pincement s'est généralisé et devient total, les bords vertébraux deviennent parallèles. (Obs. XI, XII.)

Les altérations osseuses sont nettes dans cette région où le mal de Pott creuse, semble-t-il, davantage les vertèbres que dans les autres régions ; des cavernes peuvent être nettement visibles avec ou sans séquestre dans les corps de la v^e lombaire ou de la première sacrée.

Le flou juxta-articulaire, beaucoup plus net, est produit par les abcès et les fongosités périfocales.

Le glissement antéro-inférieur de la v^e lombaire est assez fréquent, constituant ce que l'on appelle le *spondylolistésis*.

Enfin, dans le voisinage du foyer pottique des ostéo-

phytes peuvent calcifier les ligaments vertébraux antérieurs et latéraux. (Obs. IX, XVIII.) :

Des radiographies de face, celle des corps montre un pincement du disque, celle des arcs une ascension de l'arc de la v^e vertèbre lombaire, qui semble ouvrir « une gueule de four » entre son bord inférieur et la première sacrée. (Obs. XIII, XX.)

L'arrêt des lésions, lorsqu'il se produit, laisse toujours une solution de continuité car, chez l'adulte, on ne peut espérer de consolidation. C'est pourquoi il faut, pour éviter les récidives et permettre une reprise de la station debout et de la marche, fixer la région par une greffe ostéo-périostique.

A côté de la forme précédemment décrite — forme centro-somatique — il existe une deuxième : la *forme marginale*, produite par la lésion d'un des bords latéraux de la v^e lombaire. (Obs. XV, XXI.)

Elle donne un aspect radiographique assez particulier.

Au début, sur l'épreuve de profil, on constate cette bascule latérale qui masque un peu le disque, mais ne suffit pas à cacher le pincement.

Sur les épreuves de face, le pincement latéral est très net.

Quelque temps plus tard, la présence d'une caverne, détruisant le bord vertébral, vient encore accentuer l'asymétrie du pincement, quel que soit le cliché.

Il se produit une courbure de compensation pseudo-scoliotique, sus-jacente à la v^e lombaire.

Les formes de mal de Pott lombo-sacré étendues à la iv^e et aux autres vertèbres lombaires, donnent lieu à des images radiographiques qui ne peuvent prêter à discussion, pour peu que l'on ait l'habitude d'interpréter des clichés.

Les ostéites sacrées sont d'un diagnostic radiologique plus délicat si elles ne sont pas étendues au disque lombo-sacré. Certes, un « sacrum » peut présenter des signes assez nets, tant cliniques (la douleur surtout, avec ses ir-

radiations), que radiographiques (destruction osseuse et séquestre).

Mais, le plus souvent, ces symptômes sont inexistants.

Des radiographies stéréoscopiques peuvent mettre en évidence une ostéite sacrée, mais, surtout, ce sera l'injection de lipiodol dans l'abcès trochantérien qui permettra de remonter à la cause. (Obs. X, XIX.)

Tel est, schématiquement, l'aspect que donne le cliché ou l'épreuve radiographique en cas de mal de Pott lombo-sacré.

Lorsque la tuberculose se greffe sur une malformation congénitale, il faut bien se garder de ne pas penser au mal de Pott sous prétexte qu'il existe une anomalie vertébrale.

Les deux peuvent coïncider.

La *sacralisation* de la v^e lombaire peut s'accompagner d'un pincement du disque. Il faut se méfier et penser à la tuberculose si l'apophyse transverse de la v^e lombaire n'est pas nettement hypertrophiée.

La *lombarisation* de la première pièce sacrée détermine un pincement du disque des première et deuxième sacrées, mais il n'existe que quatre sacrées pour six lombaires.

Le *spina-bifida*, le *spondylolisthesis* peuvent coïncider avec un mal de Pott lombo-sacré que traduit comme premier signe un abcès trochantérien.

Dans ces cas difficiles à interpréter, le lipiodo-diagnostic tranchera la question.

Après ponction et évacuation de l'abcès, on injectera du lipiodol. Le malade étant couché dans la position dite de Trendelenbourg, le bassin légèrement surélevé, s'il y a une fistule, on injecte dans le trajet, plusieurs jours de suite, une ou deux ampoules d'huile iodée. Les radiographies stéréoscopiques seront prises ensuite.

Les résultats sont parfois surprenants.

En effet, les images radiographiques, après injection de lipiodol, peuvent montrer que des abcès trochanté-

riens remontent souvent très haut, jusqu'à la colonne vertébrale, évitant ainsi une grave erreur de diagnostic.

Car, malgré l'absence de signes cliniques nets, les abcès de la région trochantérienne traduisent, dans les 9/10 des cas, l'atteinte tuberculeuse du rachis inférieur, de la v^e lombaire et du sacrum surtout.

Cette notion est capitale. L'ignorer, ce serait contribuer à assombrir le pronostic d'une affection déjà assez grave par elle-même, et enlever, de ce fait, au malade, les chances de guérison.



Trajets pouvant être suivis par les abcès développés au niveau de la face antérieure du corps de la 5^e vertèbre lombaire, pour trouver issue vers l'extérieur :

- 1) Abscès de la région trochantérienne, ayant fusé par la grande échancrure sciatique ;
- 2) Abscès de la fosse iliaque (suivant la gaine du psoas) ;
- 3) Abscès de la face antérieure du sacrum ;
- 4) Abscès ayant traversé le triangle de J.-L. Petit et venu s'étaler dans la région inter-ilio-vertébrale.

(D'après une radiographie de l'hôpital maritime annexe.)

OBSERVATION VI

D... Marcel, âgé de 9 ans, entre à l'hôpital maritime le 9 avril 1924.

Diagnostic d'envoi : mal de Pott lombaire.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombaire.

L'enfant a commencé à se plaindre de douleurs dans le dos en avril 1921. Continue à marcher. Ce n'est que trois ans après que les parents, s'étant aperçus que l'enfant présentait une gibbosité, se décident à aller consulter.

A son arrivée à Berck, le petit malade présente une cypho-scoliose gauche, étendue de D10 à L4, avec destruction surtout de L3-L4, vérifiée par la radiographie.

On trouve aussi un abcès de la fosse iliaque gauche. Les réflexes sont vifs.

En mars 1925, apparition d'un abcès froid trochantérien gauche.

On n'a aucune difficulté à le rattacher à sa véritable origine, grâce aux signes cliniques et radiologiques de mal de Pott. Le lipiodol, d'ailleurs, vérifie l'origine vertébrale de la collection, en montrant que c'est un abcès du psoas ayant fusé à travers la fesse et venu s'étaler à la face externe de la cuisse.

En juillet 1925, le malade quitte l'hôpital, emmené par sa famille.

OBSERVATION VII

D... Henri, âgé de 9 ans, entre à l'hôpital maritime le 19 septembre 1925.

Diagnostic d'envoi : mal de Pott lombaire.

Diagnostic définitif : mal de Pott dorso-lombaire et mal de Pott cervical.

En février 1924, l'enfant commence à se plaindre de douleurs dans le dos. Continue à marcher. En mars 1925, apparition d'une petite gibbosité. Les parents vont consulter aux Enfants Malades, où l'on fait le diagnostic de mal de Pott. L'enfant est couché.

Corset plâtré en mai 1925. Pas d'abcès.

A son arrivée à Berck, on constate une contracture musculaire marquée au niveau de la région dorso-lombaire. Légère gibbosité.

Vertèbres cliniquement atteintes D₁₁ à L₂. La radiographie montre des lésions, surtout de D₁₂ — L₁.

Présence d'un abcès de la fosse iliaque gauche. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs.

En mars 1926, apparition d'un abcès de la fosse iliaque droite.

En même temps, grosse adénopathie cervicale gauche. Ponction d'un ganglion. On retire 80 cm³ de pus. La grosse quantité de pus retiré fait soupçonner un mal de Pott cervical, malgré les mouvements libres du cou, et la pression non douloureuse des apophyses épineuses.

La radiographie montre l'existence d'un mal de Pott cervical C₄, C₅ et C₆.

Les deux maux Pott continuent à évoluer.

Les abcès des fosses iliaques sont ponctionnés à plusieurs reprises.

Fistulisation de l'abcès de la fosse iliaque droite en décembre 1926.

Pendant deux ans, de 1927 à 1929, les lésions ont évolué. Les radiographies faites vers la fin de 1928 montrent que le mal de Pott cervical est en voie de récalcification. Au contraire, au niveau du rachis lombaire, on note une déviation scoliotique due à la destruction complète de L₁.

En avril 1929, empâtement de la région trochantérienne gauche.

Abcès. Ponctionné plusieurs fois. Fistulisation en mai 1929.

Sur les radiographies de 1930, on observe la récalcification des vertèbres cervicales. La lésion dorso-lombaire s'étend de D₁₂ à L₂, elle n'est pas encore consolidée.

Actuellement l'enfant est encore en traitement.

Le mal de Pott cervical est en voie de guérison. Le mal de Pott dorso-lombaire continue à évoluer. Les fistules de la fosse iliaque droite et de la région trochantérienne gauche donnent peu.

Bon état général.

OBSERVATION VIII

W... Germaine, âgée de 12 ans, entre à l'hôpital maritime en février 1927.

Diagnostic d'envoi : trochantérite droite suppurée.

Diagnostic définitif : Mal de Pott lombo-sacré.

L'enfant a présenté à Paris un abcès de la région trochantérienne.

Pensant à une trochantérite, on est intervenu à son niveau.

A son arrivée à Berck, la malade présente une large fistule de la plaie opératoire, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la face externe de la cuisse droite.

Les mouvements de la hanche sont libres. La colonne lombaire paraît souple. Les radiographies ne montrent aucune lésion, ni vertébrale ni trochantérienne.

En mai 1927, la fistule, infectée, donne abondamment. Apparition d'une deuxième fistule, située au-dessous de l'ancienne. La pression de la fesse amène un écoulement abondant. On pense néanmoins que la collection doit venir de la région lombo-sacrée. On note un redressement de la colonne lombaire.

Le 18 mai 1927 débridement de la fistule trochantérienne, qui mène à une collection de la grosseur d'une orange, située au niveau de l'échancrure sciatique. Mise à plat du trajet. Curettage et tamponnement.

Au mois d'août 1927, la suppuration est très abondante.

L'état général est très altéré.

Apparition d'un abcès de la fosse iliaque droite.

Les radiographies à ce moment, montrent qu'il s'agit bien d'un mal de Pott lombo-sacré : disparition du disque L5-sacrum et décalcification de la vertèbre.

L'état de la malade devient de plus en plus mauvais.

Décédée en janvier 1926 de tuberculose généralisée.

La nécropsie vérifie le diagnostic de mal de Pott lombo-sacré.

L'abcès avait fusé par la grande échancrure sciatique et venu s'étaler à la face externe de la cuisse.

OBSERVATION IX.

G... Marcel, âgé de 24 ans, entre pour la troisième fois à l'hôpital maritime annexe le 18 juin 1930.

Diagnostic d'envoi : trochantérite chronique droite.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombo-sacré.

Le début de la maladie remonte à 1918, par l'apparition d'un abcès froid de la région trochantérienne droite. Ponctionné à plusieurs reprises il a fistulisé quelque temps après. Cicatrisation au bout de 18 mois.

Vers le mois d'avril 1923, le malade fait une chute. Douleurs au niveau du trochanter droit, suivies d'un abcès, au-dessous de la cicatrice de l'ancienne fistule.

Il entre une première fois à l'hôpital maritime en décembre 1923 avec le diagnostic de *trochantérite droite*. A l'examen, on note une très légère claudication. La pression du trochanter provoque une douleur, pas très vive. Il existe une atrophie musculaire légère.

Présence de quelques ganglions inguinaux. L'abcès de la région trochantérienne est fistulisée. Les mouvements de la hanche sont libres, la colonne vertébrale est souple. Les réflexes rotuliens et achilléens sont très vifs.

Une radiographie faite après injection de lipiodol dans la fistule montre que le lipiodol reste dans la région.

Intervention le 14 mai 1924. Incision de la poche de l'abcès. On arrive, en débridant, sur un cul de sac, sans point osseux dénudé. D'ailleurs le trochanter est en grande partie cartilagineux. Extirpation de la membrane. Curettage de la fistule et d'un prolongement rétro-crural. Fermeture.

Après cicatrisation complète de la plaie opératoire, le malade quitte Berck en août 1924.

En janvier 1928, réapparition d'un abcès froid siégeant sur l'ancienne cicatrice opératoire. Fistulisation.

Rentre une deuxième fois à l'hôpital maritime annexe en avril 1928, avec le diagnostic de *trochantérite récidivante*.

On ne trouve rien à la hanche, rien à la colonne vertébrale. Les réflexes sont toujours très vifs. Des nouvelles radiographies

après lipiodol semblent montrer que les lésions ne dépassent pas la région trochantérienne.

En mai 1929, la fistule étant fermée depuis quatre mois, on autorise le malade à partir.

Il continue à travailler jusqu'en avril 1929, quand réapparaît un nouvel abcès de la région trochantérienne droite.

Incision de l'abcès à Paris.

Le malade revient une troisième fois à Berck, en juin 1930, avec le diagnostic de *trochantérite chronique*.

L'examen montre que la hanche est libre. La colonne lombaire est raide. La fossette de la 5^e lombaire est comblée. Les réflexes sont vifs. La radiographie montre qu'il s'agit d'un ancien mal de Pott lombo-sacré avec crochets.

Le malade présentant des signes de lésions pulmonaires est renvoyé à Paris.

OBSERVATION X

L... Charles, âgé de 13 ans, entre à l'hôpital maritime en novembre 1920.

Diagnostic d'envoi : coxalgie droite.

Diagnostic définitif : mal de Pott sacré.

Le malade a fait une chute au mois de mai 1920. Depuis, il traîne légèrement la jambe.

En août 1920, apparition d'un abcès froid à la partie supérieure de la face externe de la cuisse droite.

Soigné d'abord par l'application de compresses humides, cet abcès fut incisé le 7 septembre 1920.

En octobre 1920, on fait le diagnostic de coxalgie, et le malade est plâtré et envoyé à Berck.

L'examen du malade à son arrivée, montre des mouvements très étendus de la hanche droite. Pas d'ascension du grand trochanter. Légère atrophie des muscles de la fesse droite. Présence de très gros ganglions rétro-cruraux. A la face externe de la cuisse, à la hauteur de la région trochantérienne, il existe une large fistule, suppurant abondamment. La colonne vertébrale est souple. La radiographie ne montre aucune lésion.

Le 13 juin 1921, on procède au débridement de la fistule, qui conduit dans une petite cavité filant vers la face antérieure du coccyx.

Le coccyx ne paraît pas dénudé, mais il semble cependant qu'on soit en présence d'un abcès remontant vers la face antérieure du sacrum et du coccyx, et qu'il s'agisse par conséquent d'un mal de Pott sacré.

En septembre 1921, l'état général du malade commence à devenir médiocre. La suppuration est abondante.

Octobre 1922 : suppuration continue, très abondante. Hépatomégalie. Présence d'albumine dans les urines. Température à grandes oscillations.

Avril 1923 : état général stationnaire.

Janvier 1924 : la suppuration tend à diminuer ; mais gros foie, grosse rate. Albumine persistante.

Des radiographies faites à ce moment, après injection de lipiodol, montrent que la substance opaque fuse jusqu'à la face antérieure du sacrum. L'existence d'une caverne est visible à la radiographie.

En mars 1926, le malade étant dans un état de cachexie intense, avec gros foie, grosse rate, albuminurie, est demandé par sa famille.

Décédé peu de temps après.

OBSERVATION XI

L... Louise, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital maritime annexe pour la troisième fois, en juillet 1929.

Diagnostic d'envoi : abcès froid de la région trochantérienne gauche.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombo-sacré.

En septembre 1921, la malade a commencé à se plaindre de douleurs dans la cuisse gauche. Traitée au début pour « sciatique », elle s'aperçoit qu'un abcès froid fait son apparition à la face postérieure de la cuisse, en mars 1922. Fistulisation.

La malade arrive à Berck au mois d'octobre 1922, avec le diagnostic de *coxalgie gauche*.

L'examen montre que tous les mouvements de la hanche sont libres. Il n'existe aucun raccourcissement. Atrophie musculaire très peu marquée. Pas de ganglions.

La fistule de la face postérieure de la cuisse donne peu.

Les radiographies montrent l'intégrité de la hanche et de la colonne vertébrale.

Le 20 novembre 1922, on procède au débridement de la fistule. Dissection de la poche de l'abcès, qui descend à peu près jusqu'au milieu de la face postérieure de la cuisse. On ne trouve aucun point osseux. Ablation aussi soigneuse que possible de la poche.

Cicatrisation complète au mois de juillet 1923.

En octobre 1923, réapparition d'une fistule à la partie inférieure de la plaie. L'exploration au stylet montre qu'elle file dans les interstices musculaires.

Le 23 octobre 1923, nouveau débridement de la fistule. Il ne semble pas que l'abcès vienne de la ceinture pelvienne.

En mars 1924, la cicatrisation étant complète et la marche normale, la malade quitte l'hôpital.

Depuis son départ, jusqu'en décembre 1925, la malade mène sa vie habituelle. A ce moment, elle s'aperçoit de l'apparition d'un abcès à la face externe de la cuisse.

Intervention le 3 mars 1926, à Paris.

Elle revient à Berck, la deuxième fois en avril 1926, avec le diagnostic d'*ostéite du fémur gauche*.

A son arrivée, on trouve une longue cicatrice au niveau de la région trochantérienne, et deux fistules donnant peu.

L'examen clinique et radiologique de la hanche et de la colonne vertébrale ne montre rien d'anormal.

Au mois d'août 1926, les fistules sont taries et trois mois après la malade quitte l'hôpital.

Les fistules sont restées sèches pendant deux ans et demi.

En mai 1929, formation d'un nouvel abcès à la région antéro-externe de la cuisse gauche, qui fistulise en juin.

La malade revient pour la troisième fois en juillet 1929, avec le diagnostic d'*abcès froid récidivé de la région trochantérienne*.

L'examen montre une fistule en activité située au-dessus et en-

dedans de la cicatrice opératoire de la face antéro-externe de la cuisse.

Les mouvements de la hanche sont libres.

Les radiographies de la colonne lombo-sacrée montrent un pincement généralisé du disque L5-sacrum. Il existe une décalcification nette de la région lombo-sacrée.

En décembre 1929, la malade part sur sa demande.

OBSERVATION XII

P... Andrée, âgée de 15 ans, entre à l'hôpital maritime annexe le 26 août 1930.

Diagnostic d'envoi : trochantérite gauche bacillaire.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombo-sacré probable.

Un an après une chute dans l'escalier, apparition insidieuse d'un abcès de la région rétro-trochantérienne gauche (juin 1929). Pas de douleurs. Incision de l'abcès. Cicatrisé au bout de deux mois.

La malade reprend la vie normale. Au début de l'année 1930, réapparition d'un abcès froid au niveau de la cicatrice opératoire.

Fistulisation au mois de mai de la même année. Le 12 mai 1930, la malade est opérée. Le compte rendu opératoire de Paris montre qu'on a procédé à l'excision et au nettoyage de l'abcès. On n'a pas trouvé de point osseux. Fermeture complète de la plaie.

A son arrivée à Berck, on trouve au niveau de la région trochantérienne gauche une plaie, suppurant très peu. Le trochanter semble normal. La hanche est libre. L'examen du rachis montre une colonne lombaire un peu raide, non douloureuse. Les réflexes sont normaux.

L'examen radiographique ne montre rien de net.

On fait néanmoins coucher la malade sur un petit lit de Berck.

Au mois de janvier 1931, la fistule trochantérienne étant sèche et les radiographies ne donnant pas de résultat en faveur d'une atteinte vertébrale, on autorise la marche.

Le 26 mars 1931, la fistule suppure de nouveau, mais très peu, ne permettant pas d'injecter du lipiodol. Le stylet se dirige en

arrière sans rencontrer de contact osseux. Un dernier examen radiographique semble montrer de profil une 7^e vertèbre lombaire parallèle à la première-pièce sacrée, au lieu d'avoir un disque plus haut en avant qu'en arrière. Le diagnostic de mal de Pott lombo-sacré semble probable.

La malade est encore en traitement à Berck.

OBSERVATION XIII

Gr... Estienne, âgé de 14 ans, entre à l'hôpital maritime en juillet 1927.

Diagnostic d'envoi : coxalgie gauche avec abcès de la région trochantérienne.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombaire inférieur.

Le début de la maladie fut tout à fait insidieux. Vers le mois de janvier 1926, le malade commence à souffrir légèrement de sa cuisse gauche et de sa hanche. Il boîte très peu. Quelques temps après, il s'aperçoit de l'apparition d'une grosseur à la face supéro-externe de la cuisse.

Le malade est soigné d'abord à Hendaye, où l'abcès est ponctionné trois fois.

A l'arrivée à Berck, l'examen montre le membre inférieur gauche en adduction légère et rotation interne. De plus, il est en flexion ; néanmoins, les mouvements de la hanche sont libres. Il existe une légère atrophie musculaire ; aucun raccourcissement ; pas de ganglions rétro-cruraux, ni inguinaux. Le malade présente un volumineux abcès situé à la hauteur de la région trochantérienne.

Le diagnostic de coxalgie ne paraît pas se vérifier, surtout par la radiographie.

L'examen du rachis montre une colonne lombaire un peu raide. Le siège de l'abcès, la raideur de la colonne lombaire, ainsi qu'un léger recul au niveau de la 14^e vertèbre lombaire, font penser à un mal de Pott probable. La radiographie confirme le diagnostic. De face, elle montre un pincement du disque L4-L5. De profil, on observe une grosse destruction de L4, ainsi qu'une lésion de l'angle antéro-inférieur de L3.

Il s'agit donc d'un mal de Pott L4-L5 avec prise de L3. La limitation de l'extension est due vraisemblablement à une psoïtis.

On met le malade sur un petit lit de Berck.

En mai 1928, l'état général est bon ; l'abcès de la région trochantérienne a nécessité plusieurs ponctions. Il n'a pas fistulisé.

Apparition d'un abcès de la fosse iliaque gauche.

Un an après, en 1929, l'état est stationnaire. La radiographie montre qu'il n'y a pas de soudure vertébrale. Les réflexes sont un peu vifs.

En juillet 1930, l'état général et local étant excellents, on propose au malade l'ostéosynthèse. L'ayant refusée, il quitte Berck en octobre 1930.

OBSERVATION XIV

D... Roger, âgé de 18 ans, entre pour la troisième fois à l'hôpital maritime annexe, en janvier 1930.

Diagnostic d'envoi : trochantérite gauche.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombo-sacré.

Le début de la maladie remonte en août 1924.

L'enfant se plaignait de douleurs dans la hanche droite ; en même temps, claudication légère. On pose le diagnostic de coxalgie et l'enfant est plâtré pendant deux mois.

Le malade arrive la première fois à Berck, en octobre 1924, avec le diagnostic de *coxalgie droite*.

L'examen de la hanche montre la liberté de tous les mouvements. Il existe une atonie légère des fessiers et du quadriceps. Pas de douleurs à la pression. On note la présence d'un ganglion rétro-crural — mais petite lésion de la peau. — Ganglion rétro-crural du côté opposé. La radiographie ne montre rien de net. Le diagnostic de coxalgie semble devoir être infirmé.

Un mois après, en novembre, on note l'apparition d'une tuméfaction de la grosseur d'une noix, au niveau de la région trochantérienne gauche. Elle est un peu douloureuse à la pression. Le grand trochanter semble épaissi.

La colonne vertébrale est souple. Rien au toucher rectal. Il semble s'agir d'un abcès froid de la région trochantérienne.

L'abcès trochantérien augmente de volume, et en janvier 1925, les signes cliniques et radiologiques ne montrant pas de point de départ vertébral ou articulaire, on procède à l'extirpation de l'abcès. Il est situé entre le fascia lata et le quadriceps. Tous les prolongements se terminent en cul de sac, sans point de départ osseux.

Cicatrisation complète en mars 1925.

Au mois de septembre de la même année, la marche étant normale, les mouvements complets du côté droit et la cicatrisation parfaite du côté gauche, on autorise le départ du malade.

Il revient en septembre 1927 avec le diagnostic de *trochantérite gauche*.

L'examen montre une cicatrice étendue à la moitié supérieure de la face externe de la cuisse gauche (opération pratiquée à Berck). A la partie supérieure de cette cicatrice, il existe un abcès, qui est ponctionné à l'arrivée du malade. On retire 50 cm³ de pus verdâtre avec grumeaux. L'examen bactériologique montre la présence de bacilles de Koch. La hanche est libre. Le malade ne se plaint pas de douleurs dans le dos. La colonne lombaire semble redressée. On note l'effacement de la fossette de la 5^e lombaire. Sur la radiographie de face, la projection de L5 se fait d'une façon telle qu'elle ne semble plus avoir son orientation normale. La radiographie de profil, ainsi que les radiographies après injection de lipiodol, ne montrent rien de net.

Les réflexes sont vifs, surtout les rotuliens.

Il semble s'agir d'un mal de Pott sacré.

En août 1928, le malade ayant continué à marcher, part sur sa demande.

Il revient pour la troisième fois à Berck, en janvier 1930, avec le diagnostic de *trochantérite gauche*.

Il présente une fistulette au niveau de l'ancienne cicatrice d'intervention.

L'examen montre que l'hypothèse émise en 1928, de mal de Pott lombo-sacrée, semble vérifiée par les signes cliniques actuels. On note, en plus de l'effacement de la fossette de L5 et de raideur de la colonne vertébrale, un empâtement notable de la fosse iliaque gauche.

Les réflexes rotuliens sont toujours vifs.

En juin 1930, l'empâtement persiste. La contracture musculaire au niveau de la colonne lombaire est marquée. Il existe une grosse ensellure lombaire. Les radiographies de face montrent la même altération de forme de la 5^e lombaire. Sur celles de profil, on observe un pincement accusé du disque L5-sacrum. Ce pincement est surtout postérieur.

La fistulette trochantérienne est cicatrisée.

En novembre 1930, le malade refuse l'intervention et part sur sa demande.

OBSERVATION XV

B... Louis, âgé de 39 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en juillet 1930.

Diagnostic d'envoi : ostéite du grand trochanter droit.

Diagnostic définitif : mal de Pott de la 5^e lombaire.

Le début de la maladie remonte à 1914, lorsque le malade présentait un abcès de la partie moyenne de la face externe de la cuisse droite. Après avoir été ponctionné, cet abcès fistulise et est débridé chirurgicalement. A cette époque, aucun signe fonctionnel encore.

En 1922, apparition d'un second abcès à la partie supérieure de la face externe de la cuisse droite. En même temps, le malade se plaint de douleurs dans la hanche et de fatigue à la marche. Grattage du grand trochanter. Fistulisation de la plaie opératoire.

De 1923 à mars 1930, le malade mène sa vie normale ; la plaie opératoire est complètement cicatrisée, la hanche est peu douloureuse. Il persiste seulement une légère fatigue à la marche.

En mars 1930, le malade commence de nouveau à souffrir de sa hanche.

A son arrivée à Berck au mois de juillet, l'examen montre une cicatrice de fistule de la région fessière droite (cette cicatrice serait le reliquat d'un abcès apparu à l'âge de 11 ans), ainsi que deux cicatrices sur la face externe de la cuisse droite : une à la partie moyenne (abcès apparu en 1914), l'autre à la partie supérieure (cicatrice opératoire du grattage fait en 1922).

Le malade boîte légèrement. Il existe une faible atrophie de la cuisse droite. Les mouvements de la hanche sont libres, sauf une limite légère de la flexion et de l'abduction forcée. On note un point douloureux à la partie externe du grand trochanter, où il existe une infiltration marquée.

La colonne lombaire est souple et non douloureuse.

La radiographie de la hanche montre la suppression chirurgicale du grand trochanter droit. Des radiographies de la colonne lombaire, celle de profil ne montre rien de particulier. Celle de face, au contraire, montre qu'il s'agit d'une forme marginale de Mal de Pott de la v^e vertèbre lombaire. En effet, on note la présence d'une caverne du bord vertébral droit. Il existe en outre une légère asymétrie de pincement du disque L5-L4.

En décembre 1930, le malade part sur sa demande.

OBSERVATION XVI

D... Andrée, âgée de 36 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en octobre 1930.

Diagnostic d'envoi : trochantérite droite.

Diagnostic définitif : ostéite du sacrum.

Le début de la maladie remonte à janvier 1930.

A ce moment, la malade commence à souffrir au niveau de la fesse et de la face externe de la cuisse droite, avec irradiation dans la jambe. En même temps, elle commence à boiter légèrement.

On diagnostique une « névralgie sciatique » et on lui fait plusieurs séances de diathermie.

Au mois de mai, les douleurs de la fesse se sont atténuées, mais la malade observe l'apparition d'un abcès situé à la face antéro-externe de la cuisse droite, à la hauteur de la région trochantérienne. Cet abcès est ponctionné en juin 1930. Il fistulise peu de temps après.

L'examen de la malade, pratiqué à son entrée à l'hôpital maritime annexe, montre des mouvements de la hanche droite absolument libres, aucune douleur, pas de ganglions. Il existe une fistule, donnant peu, au niveau de la région trochantérienne.

L'examen de la colonne vertébrale ne révèle aucune douleur,

celui de la colonne lombaire est très difficile, étant donné l'adiposité de la malade.

On ne trouve aucun point douloureux au niveau des articulations sacro-iliaques.

Le toucher rectal est négatif.

Les réflexes rotuliens sont un peu vifs, les achilléens sont normaux.

Les radiographies ne montrent aucune lésion, soit de l'articulation coxo-fémorale, soit du rachis. Un premier examen, après injection de lipiodol dans la fistule, montre que l'huile opaque s'arrête au niveau supérieur du col du fémur.

Des radiographies stéréoscopiques, pratiquées 15 jours après, révèlent que le lipiodol, deux heures après son injection, fuse à travers la grande échancrure sciatique jusqu'à la face antérieure du sacrum.

Il s'agit donc d'une ostéite du sacrum, dont la seule traduction clinique, à l'heure actuelle, est l'abcès de la région trochantérienne.

OBSERVATION XVII

B... Lucien, âgé de 59 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en avril 1930.

Diagnostic d'envoi : localisations bacillaires multiples.

Diagnostic définitif : tuberculose à foyers multiples et mal de Pott lombaire.

L'examen du malade à son arrivée à Berck montre qu'il s'agit de localisations tuberculeuses à foyers multiples. En effet, on trouve un genou droit opéré en 1929 ; un abcès froid épitrochléen droit fistulisé ; un abcès froid fistulisé de la région du poignet gauche, ne paraissant pas atteindre l'articulation ; un abcès de la malléole externe gauche.

À la hauteur de la région trochantérienne droite, il existe une fistule suppurant abondamment. L'interrogatoire nous apprend qu'un abcès était apparu à la face antéro-externe de la cuisse droite en novembre 1929 ; il fut incisé un mois après et ne tarda pas de fistuliser.

Le malade ne souffre pas de sa colonne vertébrale, l'examen clinique ne montre aucun signe en faveur d'un mal de Pott, mais les radiographies de face et de profil révèlent un pincement accusé du disque L2-L3. Légère décalcification, mais il n'y a pas de destruction osseuse.

Des radiographies, après injection de lipiodol dans la fistule, montrent que l'huile opaque a fusé, en suivant la gaine du psoas, jusqu'à la troisième vertèbre lombaire.

Il s'agit donc d'un mal de Pott lombaire avec abcès trochantérien.

En décembre 1930, les localisations tuberculeuses ont évolué favorablement, sauf la fistule de la région trochantérienne d'origine pottique, infectée secondairement.

Au mois de février 1931, on note un gros empâtement du triangle de Scarpa droit. Formation d'un abcès qui se vide par la fistule trochantérienne.

Le malade se plaint de douleurs très intenses dans le dos et les deux membres inférieurs. Les réflexes sont exagérés, avec clonus bilatéral et signe de Babinski en extension.

Au mois de mars 1931, le malade fait un épisode grippal avec fièvre vespérale à 39°-40°, durant quatre jours, coïncidant avec le tarissement des fistules. Puis, la fièvre baisse (38°), mais l'état général décline rapidement.

Le malade se plaint de douleurs abdominales et de céphalée intense. La torpeur, l'hyperesthésie cutanée, la constipation opiniâtre, et l'oligurie très marquée, joints aux deux autres symptômes, semblent traduire une généralisation tuberculeuse à prédominance méningée et péritonéale.

Décédé le 5 avril 1931.

OBSERVATION XVIII

L... Emilienne, âgée de 29 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en février 1927.

Diagnostic d'envoi : mal de Pott lombaire.

Diagnostic définitif : mal de Pott L3-L4.

Le début de la maladie remonte à 1924, après une fièvre ty-

phoïde. La malade commence à avoir des douleurs dans les reins d'une façon discontinue. Elle mène néanmoins sa vie habituelle, jusqu'en février 1926, lorsqu'un abcès apparaît à la face supéro-externe de la cuisse droite. On fait le diagnostic de trochantérite et, après une ponction, en juin 1926, l'abcès est incisé trois semaines plus tard. Peu de temps après, large fistulisation.

En janvier 1927, une déformation étant apparue au niveau de la colonne lombaire, on pose le diagnostic de mal de Pott et la malade est envoyée à Berck.

L'examen à l'entrée montre que l'état général de la malade est assez médiocre. La fistule de la région trochantérienne suppure abondamment. La température, à grandes oscillations, traduit l'infection secondaire de l'abcès incisé en 1926.

Au niveau de la colonne lombaire, on note une contracture musculaire marquée. Il existe une légère gibbosité. Les vertèbres atteintes cliniquement semblent être L3-L4.

Les radiographies vérifient le diagnostic clinique. Elles montrent, de face et de profil, la disparition du disque L3-L4, ainsi qu'une décalcification marquée des 3^e et 4^e vertèbres lombaires.

La cuisse droite est en flexion et adduction. Ses mouvements sur le bassin sont limités, mais indolents. L'articulation coxo-fémorale est saine. Cette attitude est due à la contracture du psoas.

Les réflexes rotuliens sont normaux, les achilléens faibles. La malade se plaint, en outre, de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Les pupilles réagissent mal à la lumière. Ayant eu un accident primaire en 1917, à la suite duquel elle a été traitée pendant quatre ans, on soumet de nouveau la malade au traitement anti-spéciphique.

En août 1927, on constate une amélioration notable de l'état général. La température est en baisse, la fistule donne beaucoup moins.

En novembre, la fièvre présente de nouveau des grandes oscillations.

Depuis trois ans, l'état général est variable avec périodes d'amélioration.

Des radiographies faites en 1929 montrent une grosse destruc-

tion de L3-L4. Le lipiodol injecté dans la fistule fuse, en suivant la gaine du psoas, jusqu'à la face latérale de la troisième lombaire.

Actuellement, la fistule de la région trochantérienne suppure encore abondamment. L'état général de la malade est médiocre. La fièvre vespérale est toujours à 39°-40°.

La lésion vertébrale, au contraire, semble avoir évolué favorablement. Sur des radiographies récentes, on note la formation de crochets ostéophytiques.

Le psôitis est encore marqué. Impossibilité de l'extension au-delà de 130°.

OBSERVATION XIX

G... Maurice, âgé de 16 ans, entre à l'hôpital maritime annexe le 24 avril 1924.

Diagnostic d'envoi : abcès froid d'origine trochantérienne.

Diagnostic définitif : ostéite du sacrum.

Le début de la maladie remonte au mois de septembre 1920, par l'apparition insidieuse d'un abcès de la face postérieure de la cuisse gauche. A été ponctionné plusieurs fois.

A l'arrivée à Berck, l'examen révèle l'existence d'un abcès froid rétro-trochantérien gauche. Le malade ne se plaint d'aucune douleur. L'articulation coxo-fémorale est libre. On ne trouve rien à la colonne vertébrale, qui est parfaitement souple.

L'examen radiographique montre un trochanter sain et aucune lésion au niveau de la colonne lombaire ou lombo-sacrée.

L'abcès a été ponctionné quatre fois. Fistulisation en avril 1921, en un point situé au-dessus et en arrière du grand trochanter gauche.

L'exploration au stylet conduit en dedans, directement vers la pointe du sacrum, mais on ne sent que le fond d'un cul-de-sac sans os dénudé.

Le 30 juillet 1921, on procède au débridement de la fistule. L'abcès se prolonge en dedans du côté de l'articulation sacro-iliaque et se poursuit en avant de cette articulation, jusqu'au ni-

veau de la face antérieure du sacrum, qui est partiellement nécrosé. La curette ramène quelques petits séquestres.

Il semble donc s'agir d'une ostéite du sacrum avec abcès ayant fusé dans la fesse jusqu'à la région trochantérienne, par la partie supérieure de la grande échancrure sciatique.

Les radiographies faites en 1922 montrent qu'il s'agit en effet d'une ostéite du sacrum. Le lipiodol, injecté dans la fistule, fuse par la grande échancrure sciatique, jusqu'au sacrum.

Au mois de mars 1926, la fistule étant fermée et l'ostéite paraissant guérie, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XX

L... Henri, âgé de 18 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en septembre 1930.

Diagnostic d'envoi : coxalgie gauche avec abcès trochantérien.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombo-sacré.

En février 1930, le malade commence à souffrir du cou-de-pied droit, avec douleur progressive à la marche.

En même temps, il observe l'apparition d'un abcès de la région trochantérienne gauche. Ne souffre nullement.

Il continue son travail jusqu'en juillet 1930.

A l'arrivée à Berck, l'examen montre, du côté du pied droit, qu'il s'agit d'une ostéo-arthrite cunéo-métatarsienne avec fistule plantaire

En ce qui concerne l'abcès de la région trochantérienne gauche, l'examen ne réveille aucune douleur ni au niveau du trochanter, ni dans la hanche. Il existe une légère circulation collatérale à la racine de la cuisse. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont entièrement libres.

La colonne vertébrale est souple, non douloureuse. On note cependant la disparition de la fossette de la 5^e lombaire.

Le toucher rectal réveille une douleur fixe à la partie moyenne du bord gauche du sacrum.

Les radiographies montrent une échancrure à ce niveau, tandis que le bord droit est normal. De face, on note, en outre, un pincement L4-L5-sacrum, avec décalcification et commencement

de destruction de L5. La radiographie de profil montre un pincement postérieur du disque L5-sacrum.

Le diagnostic est donc en faveur d'un mal de Pott lombo-sacré.

Le malade est encore en traitement à Berck.

OBSERVATION XXI

L... Raymond, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital maritime annexe le 15 octobre 1930.

Diagnostic d'envoi : ostéite tuberculeuse du grand trochanter gauche.

Diagnostic définitif : mal de Pott lombo-sacré.

En juin 1930, le malade s'aperçoit d'une grosseur au niveau de la face supéro-externe de la cuisse gauche. Elle est apparue insidieusement, sans aucune douleur. La tuméfaction augmentant de volume, le malade se décide à aller consulter. On fait le diagnostic de trochantérite. L'abcès est ponctionné trois fois.

A l'arrivée à Berck, l'examen montre l'existence d'un abcès situé à la hauteur de la région trochantérienne gauche. L'os n'est pas douloureux ni épaissi. Les mouvements de la hanche sont libres, sauf une légère limitation de l'hyperextension. Il existe de l'anéopathie inguinale et rétro-crurale à gauche.

L'examen de la colonne lombo-sacrée ne montre aucune douleur à la pression. Par contre, la partie inférieure de la colonne lombaire est rigide et il existe un recul de la 5^e lombaire.

Les réflexes rotuliens sont vifs et polycinétiques, les réflexes achilléens sont moyens. Le signe de Babinski est en flexion.

Les radiographies de profil montrent un pincement postérieur du disque L5-sacrum, ainsi qu'un recul de la 5^e lombaire.

Les radiographies de face montrent des lésions évidentes de la région latérale gauche, surtout au niveau de l'apophyse articulaire.

Il s'agit d'une forme marginale de mal de Pott de la 5^e lombaire, avec atteinte secondaire du sacrum.

L'abcès trochantérien a fusé par la grande échancrure sciatique et est venu s'étaler à la face externe de la cuisse.

Ponctionné plusieurs fois, l'abcès a fistulisé à la fin du mois de novembre 1930.

En avril 1931, la fistule étant tarie depuis trois mois environ, on fait une ostéo-synthèse par greffon tibial.

La sacro-coxalgie

On désigne sous ce nom la tuberculose de l'articulation sacro-iliaque. Elle peut être primitive — ce qui est exceptionnel — ou secondaire. Dans ce cas, le foyer d'origine de l'arthrite siège soit sur l'os iliaque — ce qui encore est rare — soit sur le sacrum, éventualité de beaucoup la plus fréquente.

La symptomatologie classique est exceptionnelle parce que, justement, l'affection n'est primitive que dans un nombre très minime de cas.

Un peu de gêne de la marche, une légère boiterie, augmentées par la fatigue, des douleurs à type de névralgie sciatique, sont des signes qui peuvent manquer.

La recherche des points douloureux à la pression au niveau de l'interligne sacro-iliaque ou sur l'aileron sacré reste souvent négative.

On a décrit plusieurs signes pour provoquer les douleurs à distance :

1° Le malade étant assis, on lui dit de se soulever sur les poignets et se laisser brusquement retomber sur les fesses. (S. de Larrey.)

2° On saisit avec les deux mains les deux crêtes iliaques, en s'efforçant de les mobiliser, de les écarter ou de les rapprocher. (S. d'Erichsen.)

3° On dit au malade de se tourner dans son lit. (S. de Gangolphe.)

Toutes ces manœuvres sont faites pour essayer de provoquer une douleur au niveau de l'articulation qu'on soupçonne malade, mais il est rare que la recherche de ces signes soit positive.

Le toucher rectal, en suivant le bord correspondant du sacrum permet, dans certains cas, d'atteindre à bout de

doigt le sommet de l'ogive formée par le sacrum et le bord postérieur de l'os coxal.

On peut alors sentir dans cette région qui correspond à la partie basse de la sacro-iliaque, soit un abcès qui bombe, soit un point douloureux précis qu'il faut d'ailleurs différencier de celui que l'on obtient par compression des racines sacrées qui émergent.

Mais les résultats du toucher rectal ne sont pas constants.

Le plus souvent, comme dans beaucoup d'affections tuberculeuses ostéo-articulaires, l'abcès froid est le premier signe clinique en date.

Les collections nées de l'articulation sacro-iliaque sont soit postérieures, très fréquemment, soit antérieures.

Les abcès postérieurs siègent plus souvent au niveau de la symphyse sacro-iliaque. C'est leur localisation élective.

Ils peuvent néanmoins fuser vers le bas, sous le grand fessier, et arriver à la partie postérieure de la cuisse.

Les abcès antérieurs sont intra-pelviens. Comme les abcès d'origine sacrée, ils sortent par la grande échancre sciatique, cheminent sous les fessiers, et gagnent en arrière la région trochantérienne. (Obs. XXII, XXIII, XXIV, XXV.)

Ce sont ces dernières collections qui peuvent être prises pour des ostéites du trochanter et égarer le diagnostic.

L'examen radiographique sera du plus grand secours.

La radio sera prise d'une façon strictement symétrique.

Au début, elle ne montrera qu'un flou au niveau de l'articulation.

Ce n'est qu'à la période d'état, lorsque la charpente ligamentaire a été détruite, qu'on pourra observer un rapprochement de l'aile iliaque de la 5^e lombaire et de son apophyse costiforme (ce qui n'existe pas du côté opposé), ainsi que, de ce fait, un décalage assez important

pouvant atteindre deux-trois centimètres, au niveau de la symphyse pubienne. (Obs. XXII, XXV.)

En même temps, par la radiographie, on pourra trouver, souvent, la lésion initiale de l'arthrite sacro-iliaque, c'est-à-dire une ostéite primitive de l'os iliaque (obs. XXIII) et surtout du sacrum (obs. XXIII, XXV).

Aidés aussi par l'examen radiographique après injection de lipiodol dans l'abcès, on pourra arriver à rattacher à leur cause réelle ces abcès simulant la trochantérite, mais n'étant pour ainsi dire que des « fausses trochantérites », et soigner la lésion originelle.

L'arthrite sacro-iliaque peut évoluer vers l'ankylose spontanée, après un repos prolongé, par immobilisation.

La greffe, lorsque les lésions sont éteintes, donnera d'excellents résultats.

OBSERVATION XXII

L... Marthe, âgée de 48 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en juillet 1930.

Diagnostic d'envoi : sacro-coxalgie gauche, avec abcès trochantérien.

Diagnostic définitif : mal de Pott sacré avec prise secondaire de la sacro-iliaque gauche.

En 1928, la malade a commencé à souffrir de douleurs à type de névralgie sciatique.

Huit mois après, au début de l'année 1929, apparaît un abcès de la face postéro-externe de la cuisse gauche. Ponctionné plusieurs fois.

A l'arrivée à Berck, l'examen montre l'existence d'un abcès froid de la région trochantérienne gauche, ainsi qu'un autre abcès de la région ilio-inguinale.

La hanche est libre, la colonne lombaire est souple. L'articulation sacro-iliaque gauche n'est pas douloureuse. La crête sacrée, au contraire, est un peu sensible.

La recherche de la douleur provoquée par les manœuvres de Larrey, Erichsen et Gangolphe reste négative.

Le toucher rectal ne montre rien de net.

L'examen radiographique révèle l'existence d'une géode dans l'aileron sacré gauche, avec prise de l'articulation sacro-iliaque.

Il existe un décalage d'un demi-centimètre environ au niveau de la symphyse pubienne.

L'abcès trochantérien, ayant passé par la grande échancrure sciatique, a été le premier signe évident de la lésion sacro-iliaque.

La malade est encore en traitement à Berck.

OBSERVATION XXIII

M... Pierre, âgé de 43 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en juin 1927.

Diagnostic d'envoi : abcès froid de la région trochantérienne.

Diagnostic définitif : sacro-coxalgie secondaire à une ostéite de l'os iliaque.

En septembre 1925, le malade fait une chute dans un escalier. Hospitalisé pendant deux mois, il reprend ensuite son travail, mais boîte et se plaint de douleurs dans la hanche gauche.

Au mois d'octobre 1926, il observe l'apparition insidieuse d'un abcès de la face supéro-externe de la cuisse gauche.

Ponctionné six fois, d'octobre 1926 à mars 1927, cet abcès fistulise en avril de la même année. A l'entrée, l'examen de la hanche gauche montre que la flexion est normale. L'abduction, la rotation interne et l'hyperextension sont très légèrement limitées. La fistule de la région trochantérienne donne peu. La colonne vertébrale est souple, non douloureuse. La pression au niveau des articulations sacro-iliaques ne provoque aucune douleur.

Le signe d'Erichsen existe : en s'efforçant d'écarter les deux crêtes iliaques, on provoque une douleur nette au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Le toucher rectal est négatif.

Les radiographies montrent un flou au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Le sacrum paraît sain. Il semble exister une géode sur l'os iliaque à sa partie inférieure, un centimètre à gauche de l'articulation.

Des radiographies, après l'injection de lipiodol dans la fistule, montrent que l'huile opaque remonte, en passant par la grande échancrure sciatique, jusqu'à la géode iliaque qu'elle remplit. Des légères traînées de lipiodol arrivent au contact de l'articulation.

Il s'agit donc d'une ostéite de l'os iliaque avec prise secondaire de l'articulation sacro-iliaque gauche.

L'abcès trochantérien a comme point d'origine cette région.

En décembre 1927, la fistule est tarie.

Le malade quitte l'hôpital, sur sa demande, au mois de mars 1928.

OBSERVATION XXIV

M... Georges, âgé de 23 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en novembre 1928.

Diagnostic d'envoi : sacro-coxalgie droite.

Diagnostic définitif : sacro-coxalgie secondaire à un mal de Pott lombo-sacré.

En novembre 1926, le malade commence à se plaindre de douleurs dans les fesses. Il continue néanmoins à travailler jusqu'au 15 juin 1927, quand apparaît un abcès de la région trochantérienne droite, qui fut incisé deux semaines après. Fistulisation.

A son arrivée à Berck, l'examen montre un malade ayant un état général médiocre. Il présente une température à grandes oscillations depuis le mois de novembre 1927. A la face postéro-externe de la cuisse droite, deux fistules paraissent infectées, suppurent abondamment.

La colonne lombo-sacrée est redressée, le sacrum est douloureux. L'exploration des articulations sacro-iliaques provoque une douleur nette sur l'interligne sacro-iliaque droit.

L'examen radiographique fournit des renseignements très importants.

De profil, il montre un pincement postérieur marqué du disque L5-sacrum.

De face, on note l'existence d'une caverne sacrée et d'un flou intense au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. De plus,

l'apophyse costiforme droite de la v^e lombaire touche presque l'aile iliaque correspondante. Il existe un décalage minime au niveau de la symphyse pubienne.

En juillet 1928, apparition d'un abcès de la région trochantérienne gauche. L'injection de lipiodol vérifie son origine lombo-sacrée.

Au mois de décembre 1928, l'état général du malade qui, depuis son arrivée à Berck était toujours très médiocre, s'aggrave.

Gros foie, grosse rate, albuminurie traduisant la dégénérescence amyloïde. Exitus.

OBSERVATION XXV

C... Giuseppe, âgé de 22 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en janvier 1931.

Diagnostic d'envoi : trochantérite gauche.

Diagnostic définitif : sacro-coxalgie secondaire à une ostéite du sacrum.

Le début de la maladie remonte à 1927.

A ce moment, le malade commence à souffrir de sa hanche gauche. Il continue néanmoins à marcher. Peu de temps après, il observe l'apparition d'un abcès froid à la face antéro-externe de la cuisse gauche. Cet abcès fistulise un mois après ; depuis il n'a jamais cessé de couler.

En octobre 1930, le malade commence à se plaindre de douleurs lombo-sacrées.

A son arrivée à Berck, l'examen montre une large fistule, donnant abondamment à la hauteur de la région trochantérienne gauche. Le membre est en légère flexion, mais tous les mouvements de la hanche sont libres, sauf un léger degré de limitation de l'extension et de l'abduction. La colonne lombo-sacrée est raide, mais non douloureuse. On provoque une vive douleur à la pression de l'interligne sacro-iliaque gauche.

Les radiographies fournissent des renseignements importants.

On note la lombarisation de la première pièce sacrée. En outre, de profil, on observe un spondylolisthésis, glissement antérieur de la v^e lombaire.

La radiographie de face montre une destruction complète de l'articulation sacro-iliaque gauche.

L'aile iliaque empiète sur l'apophyse costiforme de la 5^e lombaire et touche presque le corps de la vertèbre.

Il existe un décalage d'un demi-centimètre environ au niveau de la symphyse pubienne. La forme du bassin se rapproche de celui du bassin oblique ovalaire à type Noegelé.

Le lipiodol injecté dans la fistule remonte par la grande échancre sciatique jusqu'à la face antérieure du sacrum et franchit même la ligne médiane.

C'est donc une ostéite du sacrum qui est à l'origine de la sacro-coxalgie actuelle.

Les ostéites juxta-articulaires de la hanche

C'est à dessein que nous ne parlerons pas dans notre thèse des abcès de la région trochantérienne d'origine coxalgique. L'arthrite tuberculeuse de la hanche donne des abcès de la face antéro-externe de la cuisse, mais il est exceptionnel de méconnaître leur provenance, car ils s'accompagnent toujours d'une symptomatologie très nette au niveau de l'articulation malade.

Au contraire, des ostéites juxta-coxales — telles que celles du cotyle et du col fémoral — peuvent évoluer d'une façon tout à fait insidieuse et donner naissance à des abcès fusant à la face externe de la cuisse, à la hauteur de la région trochantérienne.

Les ostéites juxta-articulaires de la hanche, sans envahissement de l'articulation — du moins au début — sont assez fréquentes. Elles apparaissent à tout âge, mais on les voit surtout chez l'enfant. Jusqu'à l'âge de 8 ans, elles fournissent le pourcentage de 60 % de ces affections ; entre 8 et 18 ans, 30 % environ et, au-delà de 18 ans, 10 % seulement. (Andrieu.)

Chez l'adulte, les ostéites juxta-coxales sont rares et la propagation à l'articulation voisine se fait très facilement, par irruption intra-synoviale. Chez l'enfant, au contraire, le cartilage diarthrodial oppose une barrière, tout au moins momentanée, à l'envahissement de la jointure.

Les foyers cervicaux ont, en plus, à forcer l'obstacle du cartilage de conjugaison.

Des ostéites juxta-coxales, le plus fréquemment observées, sont celles de l'ilion et du col fémoral.

Les foyers de l'ilion sont surtout sus-cotyliens, sur le « toit du cotyle ».

Leurs abcès sont surtout antérieurs ou externes (région trochantérienne). Obs. XXVI.) L'ischion donne des abcès de la fesse, le pubis forme des collections antéro-internes, en dedans des vaisseaux.

Les lésions du col du fémur, dans sa partie inféro-externe, sont les plus fréquentes. Les abcès de la face antéro-externe de la cuisse en sont la conséquence habituelle. (Obs. XXVII, XXVIII, XXIX.)

Les symptômes de ces ostéites juxta-coxales sont très variables. Des douleurs vagues, exagérées par la fatigue, intermittentes, disparaissent parfois pour quelque temps et reparaissent ensuite. Elles siègent aux environs de la jointure, mais quelquefois aussi dans le genou. (Obs. XXVIII.)

La claudication est fréquente, surtout les jours de fatigue. (Obs. XXVIII, XXIX.) L'atrophie musculaire légère est souvent observée. Quelquefois, on note la présence de ganglions rétro-cruraux. Parfois un abcès peut apparaître.

L'attention, naturellement, est attirée du côté de la hanche, mais les mouvements de l'articulation sont, le plus souvent, parfaitement libres, sauf, peut-être, une légère limitation de l'hyperextension. (Obs. XXVIII.)

Par le palper minutieux, on pourrait peut-être trouver un point osseux douloureux juxta-articulaire, bien limité.

Mais les douleurs peuvent siéger à distance, dans les ostéites cotyliennes. Tous ces signes sont vraiment trop minimes pour entraîner la conviction.

Souvent, l'abcès de la région trochantérienne est le seul symptôme évident, que rien n'explique. Car des abcès provenant d'ostéites tuberculeuses, éminemment destructives, finissent par se frayer un passage dans les parties molles, et la suppuration devient le premier signe attirant l'attention sur elles.

Penser toujours à l'origine juxta-coxale possible de ces collections. Rechercher les signes cliniques, surtout

en période de poussée et s'aider toujours de l'examen radiographique pour éclairer un diagnostic obscur.

Les radiographies devront être prises soigneusement, de face et de profil, et seront toujours bilatérales. Elles montreront, en premier lieu, l'intégrité de l'articulation, l'interligne articulaire de hauteur normale, des bords osseux nets et non ulcérés et, ensuite, la lésion elle-même — sous-cotylienne ou du col fémoral — sous forme d'une tache claire ou sombre, caverne avec ou sans séquestre (obs. XXVII, XXVIII), ou, simplement, une décalcification ou un épaissement périostique.

Le lipiodol injecté dans l'abcès peut remonter au siège de la lésion et localiser ainsi, sur la radiographie, le foyer malade.

Lorsque l'origine osseuse juxta-articulaire de ces collections est évidente, vider l'abcès par des ponctions aseptiques et soigner la lésion causale.

Si ces ostéites peuvent guérir spontanément, le plus souvent, l'envahissement de l'articulation est inévitable. (Obs. XXVI.)

Si les lésions sont bien limitées, l'intervention semble devoir donner de bons résultats et éviter ainsi l'arthrite. (Obs. XXVIII.)

En tout cas, la longue immobilisation est de règle.

Sans que ce soit des lésions juxta-articulaires de la hanche, nous dirons ici quelques mots sur : *les ostéites de l'aile iliaque*.

Elles peuvent siéger soit en pleine aile iliaque, soit au niveau de la crête de l'os. La symptomatologie est tout à fait fruste, l'abcès de la région trochantérienne, parfois, le seul signe clinique.

Le plus souvent, ce n'est alors qu'une découverte de radiographie. Celle-ci peut montrer soit l'aspect d'une

caverne avec ou sans séquestre (obs. XXX), soit, s'il y a lésion de la crête, des bords crénelés et irréguliers.

Une cause fréquente d'erreur d'interprétation est — lorsqu'on a oublié de lavement le malade avant l'examen radiographique — de prendre pour une caverne des taches dues aux gaz intestinaux.

Les foyers de tuberculose de l'os iliaque sont très rares. En pratique, le diagnostic pêche plus par excès que par défaut.

En effet, il est fréquent de voir méconnaître — parce que l'on a repéré sur la radiographie une lésion iliaque — une atteinte lombo-sacrée ou sacrée, laquelle, malgré l'apparition d'un abcès, peut ne pas avoir encore de traduction radiologique.

OBSERVATION XXVI

(Observation mise à notre disposition par le Dr Andrieu)

C... Jeanne, âgée de trois ans, entre à l'hôpital en février 1930.

Diagnostic : coxalgie consécutive à une ostéite juxta-articulaire de la hanche (cotyle).

On ne possède aucun renseignement sur l'état de santé antérieur.

La petite malade a la hanche droite en légère flexion (150°).

L'extension est nulle. Les autres mouvements sont limités.

Il existe un abcès situé à la partie antéro-externe du tiers supérieur de la cuisse.

L'examen radiographique montre une ostéite du sourcil cotyloïdien formant une caverne du volume d'une petite noix, largement ouverte dans l'articulation.

La tête fémorale, non ulcérée, est subluxée dans cette cavité.

L'abcès de la région trochantérienne a été ponctionné la première fois en mars 1930, et plusieurs fois ensuite jusqu'à décembre 1930.

Il s'agit par conséquent d'une *ostéite juxta-articulaire de la*

hanche, ayant débuté sur le toit du cotyle, et qui a envahi secondairement l'articulation.

Actuellement, la coxalgie suit son évolution.

OBSERVATION XXVII

(Observation mise à notre disposition par le Dr Andrieu)

L... Gustave, âgé de 4 ans, entre à l'hôpital en janvier 1931.

Diagnostic : ostéite juxta-articulaire de la hanche (col du fémur).

Le seul renseignement sur l'état antérieur du malade est un abcès froid de la région trochantérienne gauche, qui serait apparu quelques temps auparavant, et qui aurait fistulisé.

En effet, à l'examen, on note une cicatrice d'abcès fermé depuis peu sur la face externe du tiers supérieur de la cuisse gauche.

Les mouvements de la hanche sont normaux.

Le rachis est complètement souple.

La radiographie montre une caverne de la partie inférieure du col du fémur, contenant un gros séquestre. La hanche est saine.

Il s'agit donc d'une ostéite juxta-articulaire du col du fémur, avec abcès de la région trochantérienne, premier en date.

L'enfant est à opérer d'ici peu.

OBSERVATION XXVIII

Au... Robert, âgé de 6 ans, entre à l'hôpital maritime en juin 1925.

Diagnostic d'envoi : coxalgie droite.

Diagnostic définitif : ostéite juxta-articulaire du col fémoral.

En avril 1925, le petit malade avait commencé à se plaindre de douleurs dans la hanche et le genou droits. En même temps, les parents s'aperçurent que l'enfant boitait légèrement.

Au mois de mai de la même année, apparaît un abcès situé à la partie antéro-externe du tiers supérieur de la cuisse. On fait le diagnostic de coxalgie et on envoie le malade à Berck.

A l'entrée à l'hôpital maritime, l'examen montre l'existence d'un abcès froid de la région trochantérienne droite. L'atrophie musculaire est marquée, contrastant avec la grande étendue des mouvements.

En effet, la hanche est libre. Il n'y a qu'un certain degré de limitation de l'extension. On note l'existence d'un ganglion rétro-crural. Adénopathie inguinale bilatérale.

La colonne vertébrale est souple.

L'examen radiographique montre qu'il s'agit d'une lésion située dans la région bulbaire du fémur. On aperçoit, en effet, une cavité à ce niveau. L'articulation coxo-fémorale est saine.

Intervention en juillet 1925. On procède à l'ouverture de l'abcès, qui conduit vers la région trochantérienne. On incise le cartilage trochantérien que l'on relève ensuite en deux valves, avec les muscles qui s'y insèrent. On voit alors que toute la longueur du col est creusée d'une cavité, contenant de nombreux séquestres. Cette cavité est extra-articulaire. Ablation des séquestres et curettage de la cavité.

Il s'agit, par conséquent, d'une ostéite bacillaire juxta-articulaire du col du fémur.

Par la suite, bonne cicatrisation de la plaie opératoire.

L'enfant part en janvier 1927, complètement guéri.

OBSERVATION XXIX

C... Auguste, Agé de 8 ans, entre à l'hôpital maritime en mars 1928.

Diagnostic d'envoi : abcès froid de la région trochantérienne gauche.

Diagnostic définitif : ostéite juxta-articulaire du col fémoral.

Le début de la maladie remonte à décembre 1927.

A ce moment, l'enfant se plaint de douleurs à la fesse gauche et commence à boiter légèrement.

En février 1928, un abcès froid apparaît au niveau de la région trochantérienne. Il fistulise peu de temps après.

A l'arrivée à Berck, l'examen montre une fistule située à l'union

du tiers moyen et du tiers supérieur de la face antéro-externe de la cuisse gauche. Il existe une légère atrophie des muscles fessiers. L'adénopathie rétro-crurale est marquée.

Les mouvements de la hanche sont libres. La colonne vertébrale est souple. On détermine une douleur à la pression de la région trochantérienne.

Les radiographies ne montrent rien de net.

On pense à une bursite probable de la région trochantérienne et on intervient en juin 1928. On tombe, en effet, sur un abcès froid de la bourse séreuse profonde. On procède à l'ablation de la poche. Fermeture.

On continue néanmoins à surveiller l'enfant et, en février 1929, les séries de radiographies montrent, au niveau du col, une petite caverne.

Les mouvements de la hanche sont toujours libres.

On infirme le premier diagnostic — celui de bursite — et on pose le diagnostic définitif d'ostéite juxta-articulaire du col du fémur, qui fut à l'origine de l'abcès trochantérien.

En juillet 1929, l'enfant est emmené par ses parents.

OBSERVATION XXX

B... Marie entre à l'hôpital maritime annexe en novembre 1927. Elle est âgée de 41 ans.

Diagnostic d'envoi : ostéite de l'os iliaque droit.

Diagnostic définitif : ostéite de l'aile iliaque droite.

Le début remonte à juillet 1927, lorsque la malade commence à ressentir des douleurs au niveau de l'os iliaque droit. Au mois d'octobre de la même année, elle constate l'apparition d'un abcès de la face externe de la cuisse, à la hauteur de la région trochantérienne.

Cet abcès est ponctionné une fois.

A l'arrivée à Berck, l'examen montre une douleur à la pression de la face postérieure de l'aile iliaque droite.

L'abcès de la région trochantérienne est assez volumineux. La ponction ramène 150 cc de pus avec grumeaux.

La hanche est libre, la colonne lombaire est souple.

Les radiographies montrent l'intégrité de la région lombosacrée et des articulations sacro-iliaques. Mais les clichés semblent montrer l'existence d'une ostéite de l'aile iliaque droite : caverne avec séquestre central à égale distance de la crête iliaque et du sourcil cotyloïdien.

Le lipiodol injecté dans l'abcès vérifie le diagnostic. Il fuse jusqu'au niveau de la géode.

En juillet 1928, on note l'apparition d'un abcès fessier.

Au mois d'août, la malade part sur sa demande.

Abcès froids des bourses séreuses de la région trochantérienne

Connues sous le nom d'hygromas tuberculeux que nous appellerons plus volontiers bursites tuberculeuses, parce que développées au niveau des nombreuses bourses séreuses de la région, ces affections sont extrêmement rares.

Juqu'à il y a quelques années, on avait cru à leur fréquence assez grande, car on ne pensait pas à rechercher la vraie origine des collections de la région trochantérienne. Une fois le diagnostic de trochantérite éliminé, l'os étant sain, celui d'hygromas apparaissait probable.

Aujourd'hui, grâce à la possibilité d'examens complexes mis à notre disposition par la radiographie et le lipiodol, ainsi qu'aux notions nouvelles de l'étiologie rachidienne des abcès trochantériens, les bursites sont devenues exceptionnelles.

Nous leur consacrons tout de même un chapitre, à cause de leur symptomatologie identique avec celle des ostéites trochantériennes.

Nous ne connaissons qu'un seul cas de bursite, soignée à l'hôpital maritime. (Obs. XXXI.)

Dans le tissu cellulaire sous-cutané existe parfois une bourse séreuse superficielle qui peut être le siège d'un hygroma chronique, mais son importance est nulle en comparaison de celle des bourses séreuses profondes, sous-aponévrotiques, et son existence inconstante chez l'enfant.

Des bourses profondes, nous ne ferons que mentionner : celle située entre le bord inférieur du tendon du grand fessier et les fibres supérieures du vaste externe ; celle qui peut se trouver entre le moyen et le petit fessier

et celle qui sépare souvent le tendon du pyraminal du moyen fessier.

Elles peuvent être le siège de développement d'abcès tuberculeux, mais c'est surtout :

1° Au niveau de la bourse séreuse profonde, très volumineuse, située au-dessous de l'insertion trochantérienne du tendon du moyen fessier et recouvrant la face externe du grand trochanter ;

2° Au niveau de la bourse séreuse située entre le tendon du grand fessier et le grand trochanter, en arrière de la précédente ;

3° Au niveau de la bourse séreuse du moyen fessier entre le moyen fessier et la face externe du grand trochanter, que les bursites tuberculeuses prennent naissance.

Elles peuvent apparaître à tout âge.

Leur symptomatologie au début est absolument fruste et l'affection passe inaperçue. Ce n'est que l'apparition d'un abcès qui attire l'attention vers la région trochantérienne.

Son caractère est celui de tous les abcès froids : empâtement au début, sensation de mollesse et fluctuation ensuite ; la peau est froide, peu ou pas de douleurs. La présence d'une adénopathie inguinale est fréquente, l'atrophie musculaire minime.

Lorsque l'abcès est tendu, il peut déterminer une certaine attitude vicieuse (flexion, abduction et rotation externe), ainsi qu'une légère limitation des mouvements pouvant faire croire à une coxalgie, mais un examen attentif montre que la hanche est libre.

Éliminer une ostéite juxta-articulaire de la hanche en recherchant le point douloureux osseux et en s'aidant de la radiographie.

S'il n'y a rien du côté de la colonne vertébrale (et bien rechercher tous les signes cliniques et radiographiques en faveur d'un Pott ou ostéite sacrée), ni du côté de l'os iliaque, éliminer le diagnostic d'abcès froid du

tissu cellulaire sous-cutané et discuter une trochantérite.

Cliniquement, le diagnostic entre bursite et trochantérite est impossible. Ce n'est que la radiographie qui fournira des renseignements importants.

Nous avons vu, lorsque nous avons parlé des trochantérites, quels sont les signes radiographiques de l'ostéite du trochanter.

Sur une radio de bursite, ces signes n'existent pas. On pourrait voir néanmoins un flou au niveau de la région, les limites de l'os moins nettes, dues à l'ombre formée par l'abcès, ou même une vraie décalcification de la dyaphyse.

L'évolution de ces abcès est celle de tous les abcès froids, c'est-à-dire fistulisation possible au bout d'un certain temps, ou résorption, rarement.

On n'interviendra que lorsqu'on sera certain du diagnostic et rien qu'en cas de fistulisation assez vieille de l'abcès.

L'intervention consiste en l'ouverture large et curetage de la poche et de ses diverticules.

OBSERVATION XXXI

(E. Sorrel et A. Delahaye, en revue d'orthopédie, n° 2, mars 1926)

N... Violette, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital maritime le 21 avril 1923.

Diagnostic d'envoi : coxalgie gauche avec abcès.

Diagnostic définitif : bursite latéro-trochantérienne tuberculeuse.

A l'entrée, l'examen de l'enfant montre l'existence d'un abcès, fistuleux à la face externe de la cuisse gauche au niveau de la région trochantérienne ; tous les mouvements spontanés et provoqués de la hanche sont libres ; le diagnostic de coxalgie est cliniquement douteux.

La radiographie, après injection d'huile iodée dans la fistule,

montre que le liquide opaque s'accumule dans la poche, et ne remonte ni dans l'articulation, ni vers les os voisins.

Ces données sont confirmées par l'intervention faite le 24 janvier 1924. L'extirpation complète de la poche est pratiquée ; on ne découvre aucun contact de l'abcès avec les os voisins.

Abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané

On connaît l'existence de vastes suppurations de l'hypoderme sans point d'origine osseux qui peuvent prendre naissance au niveau de n'importe quelle région. Leur apparition au niveau de la région trochantérienne est très rare. Nous avons trouvé un cas seulement dans les statistiques de l'hôpital maritime de Berck. (Obs. XXXII.)

Le début passe toujours inaperçu.

Aucune douleur, aucune gêne appréciable n'attirent l'attention. Ce n'est que plus tard que le malade observe par hasard l'apparition d'une petite masse arrondie, molasse, à laquelle le plus souvent il ne prête pas grande attention.

Lorsque, bien entendu, cette masse a pris une trop grande extension, le malade se décide à aller consulter.

L'examen montre une collection fluctuante, la peau est souple, normale, sans rougeur ni douleur. Les signes fonctionnels sont minimes ; aucune douleur spontanée ou provoquée.

Ce sont donc tous les caractères d'un abcès froid. L'origine en sera reconnue par l'ensemencement du pus et l'inoculation au cobaye.

D'où vient cet abcès ?

Une étude minutieuse du squelette et des articulations s'impose. Rechercher surtout un abcès migrateur de la colonne vertébrale.

Éliminer les abcès de mal de Pott ou de coxalgie, reconnaître l'intégrité du grand trochanter, avant d'affirmer le diagnostic d'abcès froid du tissu cellulaire sous-cutané.

La radiographie sera du plus grand secours.

L'injection de lipiodol est nécessaire et l'examen radiographique, fait après, montre, en cas d'abcès du tissu cellulaire sous-cutané, que la collection est tout à fait indépendante de l'os qui, lui, est normal.

Il est très important de faire un diagnostic précis pour l'intervention.

L'erreur ne serait pas trop grande s'il s'agissait d'une bursite et même d'une trochantérite. Elle serait, au contraire, considérable si l'abcès avait la colonne vertébrale ou la hanche pour origine.

Quelle sera donc notre attitude en présence d'un abcès froid du tissu cellulaire sous-cutané reconnu comme tel ?

Au début, nous ferons des ponctions répétées pour éviter la poche, mais ces ponctions ne mettent pas à l'abri de la fistulisation.

L'intervention chirurgicale peut être alors indiquée. Ne pas inciser seulement, mais si l'on intervient, faire l'exérèse large de la totalité de la poche suivie de suture immédiate et complète.

La guérison est de règle.

OBSERVATION XXXII

P... Jeanne, âgée de 19 ans, entre à l'hôpital maritime annexe en janvier 1922.

Diagnostic d'envoi : trochantérite droite.

Diagnostic définitif : abcès froid du tissu cellulaire sous-cutané.

En juin 1921, la malade note l'apparition d'une grosseur, peu douloureuse à la pression et à la marche, au niveau du tiers supérieur de la face antéro-externe de la cuisse droite. L'abcès augmentant de volume, elle va consulter à l'hôpital, où on lui fait deux ponctions à intervalle de deux mois.

A l'arrivée à Berck, on constate un gros abcès situé à la hauteur de la région trochantérienne droite.

Tous les mouvements de la hanche sont libres. La colonne lombaire est souple.

Les radiographies ne montrent rien de suspect. Le trochanter est indemne.

L'abcès est ponctionné le 20 janvier 1922. On retire 350 cm³ de pus brunâtre avec grumeaux. On injecte de l'huile iodée et on pratique un nouvel examen radiographique.

Le lipiodol reste localisé à la face antéro-externe de la cuisse.

Il ne semble donc pas exister une lésion osseuse quelconque qui pourrait être à l'origine de l'abcès.

Intervention en mai 1923.

L'abcès est superficiel, au-dessus du tenseur du fascia lata. Il est localisé à la face externe de la cuisse, sans aucune communication. On procède à l'ablation complète de la poche. Réunion.

Par la suite, bonne cicatrisation de la plaie opératoire.

En décembre 1923, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Importance du diagnostic pour le traitement

Les chapitres qui précèdent font mettre en évidence la nécessité absolue, en présence d'un abcès de la région trochantérienne, de poser un diagnostic causal précis, duquel dépendront le traitement général à faire suivre au malade, ainsi que l'indication opératoire.

Il est de la plus grande utilité de n'intervenir qu'en toute certitude, car une opération sur cette région, lorsque le trochanter n'est pas la cause réelle de l'abcès, peut être lourde de conséquences.

Incisés, ces abcès froids de la région trochantérienne ne tardent pas à s'infecter secondairement, la suppuration dure des années et il n'est pas rare de voir ces « balafres de la cuisse », chez qui l'on a tenté de « nettoyer » le trochanter, mourir de dégénérescence amyloïde ou de généralisation tuberculeuse.

On interviendra avec succès en cas d'abcès du tissu cellulaire sous-cutané ou de bursite. On interviendra encore s'il s'agit d'une façon certaine d'une vraie trochantérite. Si l'atteinte tuberculeuse siège sur le col ou sur le cotyle (juxta-articulaires de la hanche), n'opérer qu'en cas de lésions bien limitées, sans envahissement de l'articulation.

Mais ne jamais toucher à l'abcès de la région trochantérienne si le mal de Pott ou le sacrum sont le foyer d'origine de ces collections.

Ne pas essayer d'intervenir sur un abcès qui n'est qu'un symptôme d'une affection, souvent sérieuse, au risque de contribuer à l'aggravation de la lésion initiale, laquelle autrement, par des soins appropriés, aurait probablement eu une terminaison favorable.

L'immobilisation sur une gouttière, la vie au grand air, l'héliothérapie et, plus tard, la greffe osseuse, guériront souvent le malade.

Quant à l'abcès de la région trochantérienne, par des ponctions aseptiques, on évitera la fistulisation et, même si elle se produit, en l'entourant de tous les soins de propreté, on évitera presque toujours son infection secondaire.

CONCLUSIONS

Avant de poser le diagnostic de trochantérite tuberculeuse, se rappeler que la région trochantérienne est un véritable carrefour où aboutissent des abcès provenant de lésions osseuses ou articulaires, souvent très éloignées.

Ne pas se laisser tenter par le diagnostic commode de trochantérite. Le bacille de Koch se localise rarement sur le trochanter. Chez l'enfant, jusqu'à l'âge de 7-8 ans, la trochantérite tuberculeuse n'existe pas. Chez l'adulte, elle est rare.

Chercher avec le plus grand soin l'origine de ces abcès en s'aidant de l'examen radiographique et de l'injection de lipiodol.

Éliminer les diagnostics faciles, tels que : bursites ou abcès du tissu cellulaire sous-cutané, qui sont exceptionnels.

Examiner la hanche, car les ostéites juxta-coxales peuvent donner des abcès de la région trochantérienne.

Se rappeler que la sacro-coxalgie et l'ostéite de l'aile iliaque peuvent se traduire cliniquement par l'apparition d'un abcès à la face antéro-externe de la cuisse.

Mais, en présence d'un abcès ou fistule de la région trochantérienne, penser surtout à l'origine rachidienne probable — mal de Pott ou ostéite du sacrum — causes de beaucoup les plus fréquentes de ces « fausses trochantérites ».

VU : *Le Doyen de la Faculté,*
BALTHAZARD.

VU : *Le Président,*
LENORMANT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEU. — Les ostéites juxta-articulaires. (*Rapp. in Revue d'Orthopédie*, novembre 1929).
- BELOT et LEPENNETIER. — Atlas de radiographie du squelette normal.
- BÉRARD. — Trochanténite tuberculeuse suppurée chez un adulte. (*Bull. Soc. de Chir. de Lyon*, 1901).
- BROCA. — Tuberculose chirurgicale:
— Trochantérites tuberculeuses.
- Mlle CHAUVEAU et E. SORREL. — Deux cas de tuberculose juxta-coxale (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1921).
- DELAHAYE. — Les abcès froids de la région trochantérienne (*La Médecine*, octobre 1929).
- HADGIGEORGES. — Contribution à l'étude du diagnostic d'origine des fistules et abcès tuberculeux.
- JÉSOVER. — Etude sur quelques cas de sacro-coxalgie.
- KEITH. — Tubercular épiphysitis of the trochantis (*Amer J. of Roentgol*, 1922).
- LANCE. — Mal de Pott.
- LEBRUN. — Les abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané.
- MÉNARD. — Mal de Pott.
- OMBREDANNE. — Chirurgie infantile.
- PEABODY. — Differential diagnosis in destructive lesions of the great trochanter (*Boston, Méd. And. Surg.*, Joun, 1921).
- RICHOUX. — La tuberculose de la région trochantérienne chez l'enfant.
- SORREL et DELAHAYE. — *In Rev. d'Orthopédie*, mars 1926).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Généralités	11
Les trochantérites tuberculeuses	13
Symptômatologie commune aux abcès de la région trochantérienne	23
Les abcès froids d'origine rachidienne	25
La sacro-coxalgie	59
Les ostéites juxta-articulaires de la hanche	67
Abcès froids des bourses séreuses de la région trochantérienne	75
Abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané	79
Importance du diagnostic pour le traitement	83
Conclusion	85
Bibliographie	86
